Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Bonn.
Direktor: Prof. Dr. Freiherr von Redwitz.

Das Krüppelfürsorgegesetz

vom 6. Mai 1920

und seine Wirkung in der Praxis unter besonderer Berücksichtigung des Stadtkreises Bonn a. Rh.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich Wilhelm-Universität zu Bonn a. Rh.

vorgelegt von

Nelly Blau

aus Stuttgart.

Berlin 1930.

Aus der Chirurgischen Klinik der Universität Bonn.
Direktor: Prof. Dr. Freiherr von Redwitz.

Das Krüppelfürsorgegesetz

vom 6. Mai 1920

und seine Wirkung in der Praxis unter besonderer Berücksichtigung des Stadtkreises Bonn a. Rh.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der

Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Rheinischen Friedrich Wilhelm-Universität zu Bonn a. Rh.

vorgelegt von

Nelly Blau

aus Stuttgart.

Berlin 1930.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn.

Referent: Prof. Dr. Freiherr von Redwitz.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Sonderabdruck aus den
Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung.

Inhalt.

1. Teil.

1. Die Beziehung der Krüppelfürsorge zur Gesundheitsfürsorge . . . 5
2. Die ursächlichen Leiden des Krüppeltums 6
3. Die Entwicklung der Krüppelfürsorge 7
4. Die gesetzliche Regelung der Krüppelfürsorge 9
   a) Das preuß. Gesetz betr. die öffentl. Krüppelfürsorge v. 6. 5. 1920 9
   b) Die Ausführungsanweisung 11
   c) Das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz 14
   d) Die Verordnung über die Fürsorgepflicht v. 13. 2. 1924 und die Reichsgrundsätze v. 4. 12. 1924 14
5. Die Wirkung des Krüppelfürsorgegesetzes 15
   a) Die Rolle der Aerzte bei der Meldepflicht 15
   b) Widerstand des Publikums 16
   c) Beratungsstelle, Behandlungsstelle 17
   d) Maßgebende Gesichtspunkte zu der Frage: ambulante oder Anstaltsbehandlung 18
   e) Die Krüppelpsyche 20
   f) Arbeitsbeschaffung und Unterbringung im Beruf 21
   g) Der sieche Krüppel 24

2. Teil.

1. Die Einrichtung der Krüppelfürsorgestelle in Bonn 26
2. Die Ausgaben in den Jahren von 1925—1928 27
3. Die Häufigkeit der verschiedenen Fürsorgeleistungen in den einzelnen Jahren 28
4. Die Erkrankungen, die zum Krüppeltum geführt haben 30
5. Gesamtzahl der Unterstützten in den Jahren 1925—1928 und ihr Anteil an den verschiedenen Fürsorgeleistungen 31
6. Die Beziehung der Erkrankung zur Art der gewährten Hilfe 33
7. Tabelle der in der Chirurgischen Universitätsklinik behandelten Fälle 35
8. Tabelle der in Krüppelheimen behandelten Fälle 36
9. Die ambulante Berufsausbildung von 1925—1928 39
10. Zusammenfassung 37

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548917_0151

I. Teil.

„Gesundheit und Krankheit sind ineinanderfließende Begriffe, und die Gesellschaftsordnung hat sich der Nichtgesunden nicht nur ärztlich sondern auch sozial anzunehmen, um sie mit aller ihnen verbliebenen Kraft nach Möglichkeit in die Sozialordnung einzufügen und sie ebenso wie die Gesunden mit Hilfe dieser sozialen Einordnung in ihrer Kraft zu steigern, wodurch sich eine organische Steigerung der Gesamtkraft des Volkes ergibt."

Entsprechend der Tatsache, daß drei Faktoren das Wohlbefinden des Menschen ausmachen, nämlich physische Gesundheit, wirtschaftliches Auskommen und seelische Befriedigung gliedert sich die Tätigkeit der sozialen Volkswohlfahrt nach Rott in drei Gebiete: die soziale Hygiene und Gesundheitsfürsorge, die Wirtschaftsfürsorge und die Sozialpädagogik und Erziehungsfürsorge. Kein Zweig der Fürsorge veranschaulicht so klar das Zusammenspiel dieser drei Komponenten wie die Krüppelfürsorge. Ihr Kern ist die Gesundheitsfürsorge, aber nicht im Sinne der rein ärztlichen Betreuung des Krüppels, sondern im Hinblick auf das Ziel seiner Eingliederung in das Erwerbsleben, das zu erreichen die beiden anderen Fürsorgezweige gleichfalls anstreben, deren Wirksamkeit aber an die Voraussetzung des Gelingens der ärztlichen Bemühungen geknüpft ist. Wohlfahrtspflege und Gesundheitsfürsorge wurzeln in der Armenpflege; während aber erstere ihr Ziel in der Unterstützung des einzelnen wirtschaftlich Hilfsbedürftigen erblickt, gipfelt die Tätigkeit der letzteren in der Hilfe für ganze Gruppen von gesundheitlich Gefährdeten. Nach Gottstein lassen diese sich nach zwei Gesichtspunkten sondern: 1. solche, die durch Alter, soziale Lage und Berufstätigkeit Gesundheitsgefahren ausgesetzt sind, und 2. solche, die durch Bedrohung mit einer bestimmten Volkskrankheit sich und ihre Umgebung mit einer ernsthaften Schädigung gefährden oder wirtschaftlich belasten.

Mütter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Schulgesundheitspflege und -fürsorge und hygienische Wohnungsfürsorge dienen der ersten Gruppe; Krüppel-, Tuberkulose-, Geschlechtskrankheiten-, Alkoholkranken- und Psychopathenfürsorge der zweiten. In engem Zusammenwirken arbeiten alle diese Gebiete an der Besserung der Volksgesundheit.

Für die Krüppelfürsorge beschränken sich die Beziehungen zu anderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge nach Rott auf die Säuglings-, Kleinkinder- und Tuberkulosefürsorge. Während diese vor allem vorbeugend und nur im Versagensfall therapeutisch wirken, ist Wesen und Inhalt der Krüppelfürsorge die Heilung, die Beseitigung der Schäden, die durch die vorangegangenen Maßnahmen nicht verhütet oder geheilt werden konnten. Als Vorbeugung ist die Entkrüppelung eines Menschen nur in dem Sinne zu werten, wenn damit die Vorbeugung vor Unselbständigkeit und wirtschaftlicher Not gemeint ist. Die durch diese Anschauungsweise der Krüppelfürsorge erwachsenden Aufgaben sind der Anlaß zu dem Zusammenwirken mit anderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge auf dem Gebiet der Prophylaxe der ursächlichen Krankheiten des Krüppeltums.

Krüppelleiden sind nach Simons Definition alle angeborenen und während oder nach der Geburt erworbenen Leiden, die unmittelbar oder mittelbar zu Verkrüppelungen führen können, oder Verkrüppelungen darstellen. Während Rott die angeborenen Leiden jeder Prophylaxe unzugänglich, also unvermeidbar und nur durch die therapeutische Krüppelfürsorge beeinflußbar erachtet, will Simon es einer weiteren wissenschaftlichen Forschung überlassen nachzuweisen, ob nicht Zusammenhänge zwischen angeborenem Krüppeltum und Alkoholismus und dem Gebrauch antikonzeptioneller Mittel bestehen. Wäre dieser Nachweis erbracht, so fiele die Prophylaxe mit der Alkoholkrankenfürsorge und mit der Aufklärung weitester Schichten über die Schädlichkeit dieser Mittel zusammen. Soweit ein Zusammenhang zwischen einem angeborenen Krüppelleiden mit einem Geschlechtsleiden der Eltern besteht, deckt sich nach Simon die Prophylaxe mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die erworbenen Krankheiten bezeichnet Rott als zum größten Teil vermeidbar. Hier spielt nach ihm, Simon und anderen besonders die Bekämpfung und Verhütung der Rachitis, der Tuberkulose und der epidemischen Kinderlähmung eine Rolle, was in letzterem Fall mit der

Frühdiagnose und fachärztlichen Frühbehandlung zusammenfällt. In diese Aufgaben teilen sich die Krüppel-, Säuglings- und Kleinkinder-, die Tuberkulose-, die Wöchnerinnen-, die hygienische Wohnungs-, Schulgesundheits- und Erholungs-Fürsorge, und nur durch ihr gemeinsames Wirken kann der Erfolg gesichert werden.

In nachfolgender Tabelle sind die angeborenen und erworbenen Krüppelleiden nach Simon zusammengestellt:

angeborene Leiden:

angeborene größere Amputationen und Defekte,
angeborener Klumpfuß,
angeborener Plattfuß,
Geburtslähmung,
spastische Lähmung (Little),
schlaffe Lähmung bei Spina bifida,
Schiefhals,
kongenitale Hüftluxation,
angeborene Geschwülste: multiple Enchondrome und Exostosen,
Knochenverbiegungen durch Lues congenita,
Osteopsathyrose,
Chondrodystrophie;

erworbene Leiden:

spastische Lähmungen nach Meningitis oder Encephalitis,
schlaffe Lähmungen nach Poliomyelitis,
Rachitis,
Tuberkulose,
Osteomyelitis,
Osteochondritis deformans juvenilis,
Gelenkrheumatismus,
Arthritis gonorrhoica,
Folgen von Traumen wie: Amputationen, schlecht geheilte Frakturen, Epiphysenlösung, Nervenschädigung, ischämische Kontraktur;

heriditäres und familiäres Leiden:

Dystrophia musculorum progressiva.

Das Wort Krüppel bedeutet körperliche Mißgestaltung, Deformität. Der primitiv denkende Mensch sieht im Krüppel nicht den Kranken, der Anspruch auf Hilfe hat, sondern vor allem den körperlich Verbildeten. Die Verletzung der äußeren Form beleidigt das Auge

der Umwelt, die den Krüppel aus ihrer Gemeinschaft ausstößt. Er ist nach Gumpert in Wahrheit ent-stellt, er gehört nicht dazu: Entstellung wirkt unsozial. So wurde auf der untersten Stufe der menschlichen Gesellschaft, zur Zeit des Nomadenlebens, in der die Existenz des einzelnen von körperlicher Gewandtheit und Tüchtigkeit abhing, der Krüppel tatsächlich ausgestoßen. Aber auch als die Lebensbedingungen besser wurden, als die Stämme längst seßhaft geworden waren, duldete die Allgemeinheit zwar den Krüppel, aber sie wies ihm, wo er sich blicken ließ, die Tür. Diese Zeit ist gekennzeichnet durch das Bettelrecht des Krüppels. Krüppeltum war auswegloses Elend; nur die Mildtätigkeit nahm sich dieser Armen an. Langsam, als das soziale Interesse sich dem einzelnen Menschen zuwandte, wurde der Krüppel aus seiner Sonderstellung befreit, und der Versuch gemacht, ihn in das Wirtschaftsleben einzugliedern. Das Jahr 1832, das Gründungsjahr der technischen Industrieanstalt für krüppelhafte Kinder in München, das kurz darauf in Handwerkerschule für krüppelhafte Kinder umgewandelt und 1844 verstaatlicht wurde, ist als Geburtsjahr der modernen Krüppelfürsorge anzusprechen. Man erkannte, daß nicht so sehr die Mißgestalt als vielmehr die Leistungsbeeinträchtigung das Krüppeltum bedingt. In dem Maße, wie die Orthopädie mehr und mehr als Sondergebiet ausgebaut wurde und ihre Methoden vervollkommnete, wurde die Beseitigung der funktionellen Behinderung in Verbindung mit der Erwerbsbefähigung des Krüppels angestrebt, um ihn zum vollwertigen Volksgenossen und damit nach einem Wort Biesalskis vom Almosenempfänger zum Steuerzahler zu machen. Lange wurde diese Krüppelfürsorge von der freien Liebestätigkeit getragen. Nachdem 1870 für das Gebiet des Norddeutschen Bundes und nach und nach für das ganze Reich ein einheitliches Armengesetz geschaffen war, übertrug Preußen die Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, dem Landarmenverband. Die Krüppel blieben unberücksichtigt. Philantropen, Geistliche und Aerzte nahmen sich der Krüppelfürsorge an; es entstanden zuerst in Süddeutschland mehrere Heime, und nach mehrjähriger Pause wurde 1886 durch Hoppe dem Oberlinhaus in Nowawes bei Berlin ein Krüppelheim angegliedert.

Die Veröffentlichung der Krüppelstatistik durch Biesalski im Jahre 1909 brachte der Krüppelfürsorge einen großen Aufschwung.

Der Umfang des Krüppelelends und das Mißverhältnis, das zwischen der großen Zahl jugendlicher Krüppel (in Preußen über 50 000 über 14 Jahren) und der Möglichkeit der Abhilfe bestand, wurde dadurch aufgedeckt. Im Jahre 1909 erfolgte die Gründung der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge, der es unter Leitung Biesalskis in erster Linie zu danken ist, daß die Krüppelfürsorge in Preußen durch das Gesetz vom 6. Mai 1920 eine gesetzliche Grundlage erhalten hat.

Die wesentlichen Punkte des Gesetzes betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge vom 6. Mai 1920 sind folgende:

§ 1. Die Landarmenverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen, Blinden und Krüppel, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Bei Krüppeln unter 18 Jahren umfaßt diese Fürsorge auch die Erwerbsbefähigung der Krüppel.

§ 2. Die Fürsorge für Krüppel unter 18 Jahren, die nicht der Anstaltspflege bedürfen, und die Maßnahmen zur Verhütung der Verkrüppelung gehören zu den Aufgaben der Land- und Stadtkreise.

§ 3. Ein Arzt, der in Ausübung seines Berufes bei einer Person unter 18 Jahren eine Verkrüppelung wahrnimmt, ist verpflichtet, hiervon binnen 1 Monat unter Bezeichnung des Krüppels und der Verkrüppelung Anzeige zu erstatten.

Wer als Arzt oder Hebamme Geburtshilfe leistet, ist verpflichtet, das mit seiner Hilfe geborene Kind auf die Anzeichen von Verkrüppelung zu untersuchen und, falls solche sich vorfinden, die gleiche Anzeige zu erstatten.

Eine Anzeigepflicht besteht nicht, wenn eine nach diesen Gesetzen ausreichende Anzeige bereits früher erstattet worden ist.

Verletzungen der Anzeigepflicht werden mit Geldstrafen bis zu M. 150,— oder mit Haft bis zu 4 Wochen bestraft.

§ 4. Lehrer (Lehrerinnen), welche gelegentlich des zur Erfüllung der gesetzlichen Schulpflicht erteilten Unterrichts oder des Ersatzunterrichts hierfür bei ihren Schülern Verkrüppelungen wahrnehmen, sind verpflichtet, diese Schüler namhaft zu machen.

§ 5. Aerzte sowie solche Krankenpflegepersonen und sonstige Fürsorgeorgane, welche gelegentlich ihrer Berufsausübung bei jugendlichen Personen unter 18 Jahren die Anzeichen drohender Verkrüppe-

lung beobachten, sind verpflichtet, diese der in § 6 dieses Gesetzes bezeichneten Stelle namhaft zu machen.

§ 6. Die in den §§ 3, 4, 5 vorgesehenen Anzeigen sind an das zuständige Jugendamt zu richten.

§ 7. Auf Grund von Anzeigen, die nach § 5 eingehen, kann die unter Umständen auch zu wiederholende Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses angeordnet werden, ob die nötigen Maßnahmen zur Verhütung dauernder Verkrüppelung getroffen sind.

§ 8. Jeder Stadt- und Landkreis hat mindestens eine Fürsorgestelle für Krüppel zu schaffen oder sich einer solchen anzugliedern. In dieser Fürsorgestelle wird Beratung für Krüppel oder für solche Personen unter 18 Jahren erteilt, die der Gefahr der Verkrüppelung ausgesetzt sind. Die Beratungsstelle beantragt die Einleitung der notwendig erscheinenden Maßnahmen.

§ 9. Eine Verkrüppelung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn eine Person (Krüppel) infolge eines angeborenen oder erworbenen Knochen-, Gelenk-, Muskel- oder Nervenleidens oder Fehlens eines wichtigen Gliedes oder von Teilen eines solchen in dem Gebrauch ihres Rumpfes oder ihrer Gliedmaßen nicht nur vorübergehend derart behindert ist, daß ihre Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird.

§ 11. Dieses Gesetz tritt mit dem 1. 10. 1920 in Kraft.

Der § 1 des Gesetzes ist durch § 33, Abs. 2 der Preuß. Ausführungsverordnung zur Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. 2. 1924 aufgehoben. An seine Stelle tritt § 6, Abs. 1 dieser Ausführungsverordnung:

„Die Landesfürsorgeverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen, Blinden und Krüppel, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Bei Minderjährigen umfaßt diese Fürsorge auch die Erziehung und Erwerbsbefähigung."

In den folgenden Ausführungen ist nach den Bezeichnungen der Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht statt Landarmenverbände Landesfürsorgeverbände, an Stelle von Stadt- und Landkreisen Bezirksfürsorgeverbände gesetzt.

Die Ausführungsanweisung zum Gesetz führt in Kürze folgendes aus: Das Krüppelfürsorgegesetz unterscheidet eine geschlossene Fürsorge als Aufgabe der Landesfürsorgeverbände und eine offene Fürsorge als Aufgabe der Bezirksfürsorgeverbände. Die Bewahrung, Kur und Pflege der Krüppel, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, und in Abweichung von den bisherigen Grundsätzen des Preuß. Armenrechts die Erziehung und Erwerbsbefähigung der Jugendlichen unter diesen ist Aufgabe der Landesfürsorgeverbände. Diese sollen sich einen Orthopäden als Landeskrüppelarzt zur Mitwirkung verpflichten, der die Aufgabe hat, den Heilplan mit dem Endziel der Erwerbsbefähigung für den einzelnen Krüppel aufzustellen. Zur Entlastung des Landeskrüppelarztes und zur Verbilligung der Krüppelfürsorge sollen die im Bezirk des Landesfürsorgeverbandes tätigen Aerzte und Sachverständigen ausgiebig herangezogen werden.

Die Anstaltsfürsorge wird in Krüppelheimen durchgeführt, in denen durch gleichzeitiges Ineinanderarbeiten von Klinik, Schule, Berufsausbildung und -beratung der Krüppel zur höchstmöglichen wirtschaftlichen Selbständigkeit gebracht werden soll. Vollheime, die über diese Einrichtungen verfügen, sollen nur die Krüppel aufnehmen, die mit Wahrscheinlichkeit an dieses Ziel gebracht werden können und für die gleichzeitig Behandlung und Schule oder Handwerkslehre erforderlich ist. Psychologische, soziale und örtliche Verhältnisse müssen berücksichtigt werden. Sieche und Unheilbare sind an besonderen Stellen zu verpflegen, ebenso müssen Schwachsinnige und Epileptiker aus den Vollheimen entfernt werden. In vielen Fällen soll von der Möglichkeit, den Krüppel aus der Anstalt zu beurlauben, Gebrauch gemacht werden, wobei dieser in der Fürsorge des Landesfürsorgeverbandes bleibt. Neben der körperlichen Behandlung ist die seelische Erfassung des Krüppels wesentlich. Jedes schulfähige Krüppelkind gehört in eine besondere Krüppelschule, in der es auf Grund der besonderen Krüppelseelenkunde unterrichtet wird. Das aus dem Krüppelheim entlassene Krüppelkind sende man möglichst nicht in die Volksschule zurück, sondern führe es in eine einem Heim angeschlossene ambulante Krüppelschule.

Der Hauptunterschied zwischen der Anstaltsfürsorge gegenüber der offenen Fürsorge liegt in rechtlicher Beziehung darin, daß die Anstaltsfürsorge nur für wirtschaftlich Hilfsbedürftige in Betracht kommt, während die offene Fürsorge auch, aber nicht regelmäßig, auf

dem Weg der Armenpflege geleistet wird. Die Aufgaben der offenen Fürsorge umfassen die Sorge für nicht anstaltsbedürftige Krüppel unter 18 Jahren und die Maßnahmen zur Verhütung der Verkrüppelung unabhängig von ihrer Hilfsbedürftigkeit. Teilt man die Krüppel mit Schwarz und Polligkeit in orthopädisch Kranke und Krüppel in engerem Sinne, so kann man sagen, daß das Gesetz die Anstaltsfürsorge für letztere, die offene Fürsorge für Krüppel und orthopädisch Kranke vorsieht.

Die Bezirksfürsorgeverbände haben die Pflicht, Krüppelfürsorgestellen einzurichten, an deren Spitze ein Arzt, am zweckmäßigsten ein Orthopäde stehen muß. Die Krüppelfürsorgestelle soll am besten an ein Wohlfahrtsamt oder Jugendamt angeschlossen und, wo eine Krüppelheilanstalt oder ein ähnliches Institut in der Nähe ist, mit diesem in Verbindung gebracht werden. Ihre Aufgabe ist die Beratung, nicht aber Kur und Pflege oder ärztliche Behandlung. Sie ermittelt die Krüppel, und auf Grund einer Untersuchung durch ihren Facharzt werden die weiteren Maßnahmen in die Wege geleitet. Kann die Fürsorge auf dem Weg der offenen Fürsorge geleistet werden, so veranlaßt sie bei Hilfsbedürftigkeit die Einleitung der Behandlung bei dem Bezirksfürsorgeverband, bei ausreichendem Vermögen berät sie den Krüppel und beaufsichtigt ihn, ob das Heilverfahren durchgeführt wird. Bei hilfsbedürftigen Krüppeln, die der Anstaltspflege bedürfen, beantragt sie die Anstaltsaufnahme beim Landesfürsorgeverband. Sind irgendwelche Unklarheiten zu entscheiden, so entsendet dieser den Landeskrüppelarzt. Bei Widerstand des jugendlichen Krüppels oder der Eltern kann sich die Krüppelfürsorgestelle, wenn das Interesse des Kindes gefährdet ist, an das Vormundschaftsgericht um Hilfe wenden und Zwangsmaßnahmen beantragen. Nach Abschluß des Heilverfahrens hat auf Wunsch des Landesfürsorgeverbandes die Krüppelfürsorgestelle eine Ueberwachung durchzuführen, damit der Heilerfolg durch das Verhalten des Krüppels oder seiner Angehörigen oder des Lehrherrn nicht geschädigt wird. Die Krüppelfürsorgestelle hat ferner die Aufgabe, nach § 7 des Gesetzes die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses anzuordnen. An manchen Stellen, besonders in dichtbevölkerten Gegenden, Stadtkreisen und dgl. wird es sich empfehlen, daß die Krüppelfürsorgestelle über den Kreis der gesetzlichen Aufgaben hinaus zur ambulanten Fürsorgestelle ausgebaut wird. Bei wenig dichter Bevölkerung werden sich zweckmäßig mehrere Kreise

zusammenschließen, um eine gemeinsame ambulante Behandlungsstelle einzurichten. Eine ambulante Krüppelfürsorgestelle soll umfassen: eine orthopädische Poliklinik, eine Berufsberatung, die mit der allgemeinen in Verbindung stehen muß, wenn angängig eine ambulante Krüppelschule. Berufsausbildung durch die ambulante Fürsorgestelle läßt sich so bewerkstelligen, daß sie Leichtverkrüppelte bei Handwerksmeistern unter ihrer Aufsicht unterbringt und durch Meisterprämien dieses Verfahren zu fördern sucht. Größere Fürsorgestellen können zum Zweck der nachgehenden Fürsorge mehrere Fürsorgeschwestern einstellen. Die Vorbeugung des Krüppeltums durch Maßnahmen, die die Verkrüppelung verhindern, gehört gleichfalls zu den Aufgaben der offenen Fürsorge. Beste Vorbeugung ist frühzeitiges Erkennen und Behandeln, deshalb ist die Ausbreitung ausreichender orthopädischer Kenntnisse in der Aerzteschaft wesentlich. Ebenso müssen Hebammen unterrichtet werden, um bei Neugeborenen Verkrüppelungen erkennen zu können. Lehrer und Lehrerinnen sollen über die Begriffsbestimmung des Krüppeltums und über seine Behandlung vom Standpunkt des Psychologen und Pädagogen aus aufgeklärt werden.

Kernpunkt des Krüppelfürsorgegesetzes ist nach Kahle die Prophylaxe; als eines der ersten Gesetze hat es diesen Gedanken, der eine alte Volkswahrheit der Gesundheitsfürsorge ist, klar ausgedrückt. Vorbeugung ist besser und billiger als Heilung. 60 Prozent alles Krüppeltums kann nach Biesalski vermieden werden, Lange rechnet sogar mit 70—80 Prozent. Durch frühzeitiges Vorgehen, dem die Meldepflicht dient, kann späteres Siechtum und dadurch unproduktive Ausgaben der Wohlfahrtspflege verhütet und der Krüppel einer Behandlung zugewiesen werden, die ihn zu wirtschaftlicher Selbständigkeit führt. Es soll, wie Simon sagt, dahin kommen, daß die Krüppelfürsorge bei der Staatsbilanz nicht auf das Verlustkonto, sondern auf das Konto Betriebskapital zu setzen ist.

Ein Reichsgesetz über Krüppelfürsorge gibt es nicht. Wie Taute ausführt, vergeht immer eine geraume Zeit, bis Fürsorgebelange durch ein Reichsgesetz geregelt werden. Der Grund ist nach seiner Meinung in der nicht geklärten Frage des Finanzausgleichs zu suchen. Das Reich hat aber durch das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz vom 9. 7. 1922, durch die Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. 2. 1924 und in den hierzu erlassenen Reichsgrundsätzen vom 4. 12. 1924

wesentliche Schritte dazu getan, die Krüppelfürsorge im Sinne eines Rechtsanspruches des Hilfsbedürftigen auszubauen.

Das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz legt ganz allgemein das Recht auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit für jedes deutsche Kind fest, Insoweit der Anspruch des Kindes auf Erziehung von der Familie nicht erfüllt wird, tritt öffentliche Jugendhilfe ein. Für die Durchführung des Krüppelfürsorgegesetzes kann das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz herangezogen werden, um bei gesundheitlicher Gefährdung eines Pflegekindes sofort einzugreifen, während beim ehelichen Kinde, wie Basten hervorhebt, der umständliche Weg der Entziehung der elterlichen Gewalt beschritten werden muß. Es gibt jedoch nach Müller-Voigt keine Möglichkeit, unvernünftige Eltern zu zwingen, eine im Interesse der Gesundheit ihres Kindes notwendige Operation vornehmen zu lassen, wenn selbst in Fällen, in denen § 1666 BGB. zutrifft, der Richter seine Hilfe versagt, weil eine Narkose mit Lebensgefahr verbunden ist.

Die Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht ist das Grundgesetz der heutigen öffentlichen Fürsorge, und hat nach Wölz und Kahle den Hauptzweck, die verschiedenen Zweige der Fürsorge möglichst weitgehend organisatorisch zusammenzufassen. Nach Marx entstand in der Fürsorgepflichtverordnung und in den dazu erlassenen Reichsgrundsätzen eine reichsrechtliche Grundlage für die Erwerbsbeschränktenfürsorge. Für die Krüppelfürsorge wesentlich und fördernd ist, daß die Fürsorgepflichtverordnung die Landesfürsorgeverbände reichsrechtlich zu Trägern der Anstaltsfürsorge ernennt und ihnen die Ewerbsbefähigung der Krüppel, außerdem die Erziehung und Erwerbsbefähigung der Minderjährigen unter ihnen, also unter Fortfall der bisherigen Altersgrenze (18 Jahre), als Pflichtaufgabe überträgt. Dadurch hat das Krüppelfürsorgegesetz eine Erweiterung erfahren. Der Gedanke der Prophylaxe ist in den Reichsgrundsätzen ebenfalls klar ausgedrückt. Eine wertvolle Ergänzung erhält die Krüppelfürsorge dadurch, daß die Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht die Fürsorge für Schwerbeschädigte und Schwererwerbsbeschränkte durch Arbeitsbeschaffung gleichfalls als Aufgabe der Landesfürsorgeverbände festsetzt. Neben dieser Bestimmung bleibt das Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 12. 1. 1923 aufrechterhalten, das für Schwererwerbsbeschränkte, also auch nach der Meinung von Wölz für Geburts- und Zufallskrüppel, die allgemeine

Möglichkeit der Gleichstellung mit Kriegs- und Unfallbeschädigten gibt. Man hat die Frage aufgeworfen, ob neben den Bestimmungen der Fürsorgepflichtverordnung, die sich auf die Krüppelfürsorge beziehen, noch weitere Sonderbestimmungen nach Art des preußischen Krüppelfürsorgegesetzes nötig sind. Polligkeit bejaht diese Frage. Da eine Fürsorgeleistung auf Grund der Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht an die Voraussetzung der wirtschaftlichen Hilfsbedürftigkeit geknüpft ist, sind nicht sämtliche Bedürfnisse der Krüppelfürsorge durch sie finanziell sichergestellt, denn Behandlungsbedürftigkeit im Sinne der Krüppelfürsorge deckt sich nicht in jedem Fall mit Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Fürsorgepflichtverordnung. Hierauf weist eine Entscheidung des Bundesamts für das Heimatwesen vom 6. 5. 1920 Kassel/Hannover besonders hin, aus der ersichtlich ist, daß die Maßnahmen, die das Preußische Krüppelfürsorgegesetz in seiner offenen Fürsorge für orthopädisch Kranke vorsieht, reichsgesetzlich nicht geregelt sind. Die Behandlung, Erziehung und Erwerbsbefähigung der eigentlichen Krüppel dagegen erachtet Polligkeit durch die Fürsorgepflichtverordnung als sichergestellt. Jene Lücke wird um so stärker empfunden, als die moderne Krüppelfürsorge gerade in der rechtzeitigen Hilfe und in der planmäßigen Bekämpfung des Krüppeltums eine ihrer wesentlichsten Aufgaben erblickt. Die einzelnen Länder haben durch ergänzende Bestimmungen diese Frage geregelt; in welcher Weise das geschehen ist, berichtet Biesalski in seinem Grundriß der Krüppelfürsorge.

Die Praxis hat sich die Ideen, die in der Ausführungsanweisung zum Krüppelfürsorgegesetz enthalten sind, zu eigen gemacht, und je nachdem die maßgebenden Stellen die einen oder anderen dieser Gedanken unter Berücksichtigung der speziellen örtlichen Verhältnisse verwirklicht haben, sind Bilder entstanden, die in verschiedenen Punkten voneinander abweichen. Aber auch andere, von der Ausführungsanweisung verschiedene Meinungen sind von maßgebenden Stellen geäußert worden, besonders was die Beschulung anlangt, und die Frage, wann Anstaltsfürsorge, wann offene Fürsorge gewährt werden soll, hat eine lebhafte Diskussion veranlaßt.

Die Meldepflicht hat zu weitgehender Erfassung der Krüppel geführt. Von Biesalski, Simon, Landwehr und anderen wird berichtet, daß die Meldungen der freipraktizierenden Aerzte prozentual am wenigsten häufig eingehen. Sie machen nirgend mehr als 6 Pro-

zent der Meldungen aus. Als Grund hierfür nehmen einige Autoren die mangelnde Ausbildung in der Orthopädie während des Studiums an und verlangen dringend eine Abänderung der ärztlichen Prüfungsordnung in dieser Beziehung. Landwehr hingegen glaubt die Ursache in einem mangelnden wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Interesse der Aerzte an diesen Fällen zu finden. Simon gibt als Grund an, daß ein Teil der Fälle, die zum Arzt kommen, schon von anderer Seite gemeldet sind. Ferner, daß dieses Gesetz den Arzt zwingt, das Berufsgeheimnis zu verletzen, was im Gegensatz zur Meldung von ansteckenden Infektionskrankheiten vom Publikum ihm verübelt wird, zumal diese Meldung eine Vorladung des Patienten auf die Krüppelfürsorgestelle nach sich zieht, auch wenn dieser keine öffentlichen Mittel in Anspruch nimmt. Für den Arzt selbst ist die Ueberkontrolle unangenehm. Das Ueberwiegen der Meldungen aus Laienkreisen erklärt sich auch daher, daß viele Kinder fälschlich als Krüppel gemeldet werden, die von einem Arzt natürlich nicht als solche angesprochen werden.

Simon ist der Ansicht, daß die Meldepflicht auch auf Bandagisten, Heilgehilfen, Masseure und Magnetopathen ausgedehnt werden müßte, während Landwehr diesen Vorschlag für ohne brauchbaren Wert hält. Einheitliche Bestrebungen bestehen dahingehend, weiteste Kreise über den Begriff des Krüppeltums, über die Notwendigkeit der frühzeitigen Behandlung aufzuklären und dadurch zur Meldung heranzuziehen.

Die Meldung ist an das zuständige Jugendamt zu richten, dem die Krüppelfürsorgestelle meistens angegliedert ist. Diese Einrichtung wird von Landwehr als zweckmäßig, wenn auch nicht als die einzig mögliche bezeichnet. Das Zusammenwirken der Krüppelfürsorgestelle mit den freipraktizierenden Aerzten, auf das die Ausführungsanweisung hinweist, und das von Simon unter energischer Betonung des Prinzips der freien Arztwahl gefordert wird, hat sich, wie Biesalski berichtet, nicht immer reibungslos vollzogen, so daß die Deutsche Orthopädische Gesellschaft, durch Beschwerden ihrer Mitglieder veranlaßt, Leitsätze zur Durchführung des Gesetzes aufgestellt hat.

Das Publikum verhält sich der Krüppelfürsorgestelle gegenüber teilweise ablehnend; Landwehr berichtet von 18 Prozent Nichterscheinen. Eine direkte Ablehnung der Hilfe sei jedoch selten und komme nur bei sehr schweren Krüppeln vor, die in einer schlechten Häus-

lichkeit verkommen. Wenn nur an vorbeugende Maßnahmen gedacht war, so könne man nicht eigentlich von Behandlungsverweigerung reden. Manche dieser Fälle heilen ohne Hilfe, so daß das Publikum der ängstlichen Behörde gegenüber recht behält. Die Vorladung direkt mit einer Zwangsandrohung zu verbinden, erachtet Landwehr für unzweckmäßig. Ebenso hält Simon Widerstand für nicht sehr häufig und lehnt den Behandlungszwang ab, sobald die Behandlung mit einer Lebensgefahr für das Kind verbunden ist, wie es ja schon jede Narkose mit sich bringt. Ist das nicht der Fall, so kann Zwang angewandt werden, obgleich er die Idee der Fürsorge mit Zwangsmaßnahmen für unvereinbar hält. Als Grund für das Nichterscheinen auf Vorladungen gibt er den Verdienstausfall an, der durch die Vorstellung des Kindes auf der Krüppelfürsorgestelle für einen der Eltern erwächst und regt die Gründung eines kleinen Fonds zur Ausgleichung dieses Verlustes an. Der Widerstand in Fragen der Behandlung erwächst seiner Ansicht nach aus pekuniären Gründen, denn wenn es möglich ist, müssen die Eltern zur Entkrüppelung ihres Kindes beisteuern. Die Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse erfolgt an vielen Orten durch die Fürsorgeschwestern, und die Beurteilung ist meist weitherzig. Andere Gründe sind Gleichgültigkeit oder unvernünftige Liebe der Eltern zu dem armen Kinde, zumal die Bezeichnung Krüppel sich beim Publikum keiner großen Beliebtheit erfreut. Biesalski und von Baeyer haben sich darum bemüht, ein anderes Wort zu finden, ebenso hat Schulze-Gocht dahingehende Vorschläge gemacht; Landwehr ist für seine Beibehaltung, weil dadurch Mißverständnisse ausgeschlossen werden.

In der Krüppelfürsorgestelle wird der Entkrüppelungsplan aufgestellt; ungeeignete Fälle, wie Schwachbegabte und Idioten, müssen nach Landwehr, Schlüter, Bessel und Schwarz von der umständlichen und teueren Krüppelfürsorge ferngehalten werden. Auch Simon ist dieser Ansicht, doch weist er darauf hin, daß oft durch orthopädische Maßnahmen der geistige Zustand gebessert wird, und daß bei einer spastischen Lähmung durch die gleichzeitig bestehende Sprachstörung ein geistiger Defekt vorgetäuscht werden kann, und fordert strenge Individualisierung.

Die Krüppelfürsorgestelle hat nach Landwehr nur ausnahmsweise den Charakter einer Behandlungsstelle angenommen. Er hält das für günstig wegen der geringeren Kosten für Personal usw. Simon

hebt den Widerspruch hervor, den die Ausführungsanweisung dadurch enthält, daß sie einesteils den Krüppelfürsorgestellen nur Beratung zur Pflicht macht, anderenteils den Ausbau dieser Beratungsstellen zu ambulanten Behandlungsstellen empfiehlt. Er versteht das dahin, daß eine Behandlung nur an solchen Orten statthaft sei, an denen kein Facharzt in erreichbarer Nähe ist. Klausner und Klein, so berichtet Landwehr, regen in ländlichen Bezirken wegen Mangel an Fachärzten und orthopädischen Werkstätten zum Betrieb einer Behandlungsstelle an, wozu sich einige Mittelstädte zusammenschließen könnten.

In der Krüppelfürsorgestelle werden die Krüppel geschieden in Heim- und Nichtheimbedürftige und einer ambulanten oder Anstaltsbehandlung zugeführt. Diese Unterscheidung hat das Preußische Gesetz von Biesalski übernommen, der sie zum erstenmal in seiner Krüppelstatistik vom Jahre 1906 getroffen hat. Ob diese Trennung in pekuniärer und administrativer Hinsicht zu begrüßen ist, ist fraglich; jedenfalls wird sie von Simon und Schasse als nicht sehr glücklich bezeichnet. Zur Ueberbrückung dieser Maßnahme hat sich mancherorts ein System herausgebildet, nach dem die Leitung in der Hand einer Zentralstelle (des Landeshauptmanns) liegt, ebenso dient die halbambulante Form der Behandlung dazu, die Fürsorge einheitlich zu gestalten und gleichzeitig zu verbilligen. Diese Idee wurde schon durch die Ausführungsanweisung zum Gesetz angeregt und besteht darin, die Krüppel aus der Anstaltsbehandlung nur zu beurlauben, aber nicht endgültig zu entlassen. Schasse befürwortet diese Beurlaubung unter Vorbehalt des Ausbaus der nachgehenden Fürsorge, Schrader dagegen lehnt auf Grund seiner Erfahrungen diese Maßnahme für den Krüppel ab und warnt vor der Gefahr der Einschleppung von Infektionskrankheiten in die Anstalt.

Im allgemeinen sind die Kriterien, die dazu bestimmen, den Krüppel einer Anstaltsbehandlung zuzuführen, immer noch die gleichen, wie sie Biesalski in seiner Definition des heimbedürftigen Krüppels gegeben hat: Ein heimbedürftiger Krüppel ist ein in dem Gebrauch seines Rumpfes oder seiner Gliedmaßen behinderter Kranker, bei dem die Wechselwirkung zwischen dem Grad seines Gebrechens und der Lebenshaltung seiner Umgebung eine so ungünstige ist, daß die ihm verbliebenen geistigen und körperlichen Kräfte zur höchstmöglichen Selbständigkeit nur in einer Anstalt entwickelt werden können, die über

die eigens zu diesem Zweck notwendige Vielheit ärztlicher und pädagogischer Einwirkungen gleichzeitig verfügt.

Wie Schede berichtet, sind durch den Ausbau der offenen Fürsorge und ihrer vornehmsten Aufgabe der Vorbeugung des Krüppeltums die schweren vernachlässigten Krüppelfälle seltener geworden, so daß schon Prophezeiungen laut werden, nach denen die Heimbehandlung zugunsten der offenen Fürsorge mehr und mehr zurücktreten wird. Dies veranlaßt Schede nochmals den Begriff des heimbedürftigen und nichtheimbedürftigen Krüppels zu umreißen. Das Heim, das Klinik, Schule und Berufsausbildung als einheitlichen Organismus in sich vereinigt, muß den Kindern Aufnahme bieten, die durch die Eigenart oder die Dauer ihres Leidens in Gefahr stehen, für spätere Zeiten nicht nur körperlich, sondern durch seelische Verwahrlosung auch psychisch erwerbsbeschränkt zu werden. Die Unterbringung solcher seelischer Krüppel im Erwerbsleben macht nach den Angaben von Marx bedeutend mehr Schwierigkeiten als die Versorgung der nur Körperbeschädigten. Krankheitsgruppen, die zur Heimaufnahme führen, sind nach Schede vor allem schwere Lähmungen und Tuberkulose, da für diese jahrelang der Besuch einer Normalschule unmöglich ist.

Unter die nichtheimbedürftigen Krüppel rechnet er die Kinder, deren Leiden durch ärztliche Maßnahmen in kurzer Zeit soweit zu beseitigen ist, daß ihre Teilnahme am normalen Schulunterricht und ihre spätere Eingliederung in das normale Erwerbsleben ohne Schwierigkeiten möglich ist. Hierher gehören rein operative Fälle, wie rachitische Beinverkrümmungen, kongenitale Hüftgelenksluxationen, Klumpfuß bei kleinen Kindern. Sie können heimbedürftig werden, wenn die häuslichen Verhältnisse die langdauernde Nachbehandlung nicht gestatten, da die sozialen Verhältnisse bei Entscheidung der ganzen Frage von maßgebendem Einfluß sind. Diese Ansicht entspricht der Ausführungsanweisung zum Gesetz; Simon und andere schließen sich ihr an. Simon betont, daß das Bestreben dahin gehen sollte, möglichst wenige Kinder der geschlossenen Fürsorge zuzuführen, denn der Krüppel soll keine Sonderstellung in der bürgerlichen Gesellschaft einnehmen und daher dem Einfluß des Elternhauses und dem Verkehr mit gesunden Kindern möglichst wenig entzogen werden; eine Ansicht, die die Krüppel selbst wie M. Gruhl und Malikowski teilen. Die Vorgenannten setzen sich dadurch in Widerspruch mit einem

großen Kreis der in der Krüppelfürsorge tätigen Aerzte und Erzieher. Besonders letztere, wie Würtz, Köhler und Jaschke, gehen in ihrer Forderung der Sondererziehung viel weiter, und auch die Ausführungsanweisung nimmt einen ähnlichen Standpunkt ein, was nach der Meinung Simons nicht nur eine unnötige Verteuerung bedeutet, sondern auch nicht im Interesse der Krüppel sei. Die Errichtung ambulanter Krüppelschulen, die eine Mittelstellung zwischen der Beschulung im Krüppelheim und der Volksschule einnehmen sollen, ist nach Landwehr aus dem Grunde nur in bescheidenem Umfange erfolgt, weil die Industrieviertel unserer deutschen Städte nur vereinzelt groß genug sind, um eine solche Schule zu erhalten. Nach Simon hat diese Schule nur für die Kinder Berechtigung, die sonst lange Zeit dem Schulunterricht fernbleiben müßten. Radl empfiehlt sie ebenfalls für diese Kinder und für solche, die durch die Teilnahme am normalen Schulunterricht in ihrer körperlichen Entwicklung geschädigt würden; doch soll die Aufnahme nur nach Abschluß der ärztlichen Behandlung erfolgen. Jaschke hingegen, der Direktor der einzigen deutschen ambulanten Krüppelschule in Breslau, zieht den Kreis viel weiter und erachtet für jedes nicht heimbedürftige orthopädisch kranke Kind und für heimbedürftige, denen die Anstaltsbehandlung nicht gewährt werden kann, die ambulante Krüppelschule für notwendig.

Die Vertreter der Sonderbeschulung auf krüppelseelenkundiger Basis gehen von der Voraussetzung aus, daß die Seele des krüppelhaften Kindes einmal durch das körperliche Gebrechen, zum andern durch die Umwelt der Gesunden, die teils übertrieben rücksichtsvoll, teils indianisch grausam sind, zu einer von dem Normalen in ihrer Reaktion abweichenden Krüppelpsyche geformt würde. Simon und Ehrhard dagegen halten das Seelenleben geistig normaler Krüppel, die ja nach Biesalskis Zählung weitaus den größten Teil (rund 80 Prozent) der Gesamtzahl ausmachen, für nicht wesentlich komplizierter als das der gesunden Gleichaltrigen. Analysen der Krüppelpsyche, die die Anschauung erwecken, der psychopathische Krüppel sei die Norm, erklärt M. Gruhl dahin, daß den Krüppelpsychologen vorwiegend Anstaltskrüppel als Beobachtungsmaterial zur Verfügung stehen, deren psychische Entwicklung nicht so sehr durch das Krüppeltum als durch die häuslichen Verhältnisse, denen sie entstammen, beeinflußt wurde — eine Wechselwirkung, auf die Aschaffenburg hinweist. Die schematische Einteilung der Krüppelpsyche von Für-

stenheim hält Simon ebenso für andere chronisch Kranke oder ähnlich geartete Stiefkinder des menschlichen Lebens für zutreffend. Nach seiner Ansicht wird viel häufiger für geistig zurückgebliebene oder anormale Krüppel eine Heimaufnahme und Sonderbeschulung erfolgen müssen.

Die berufliche Krüppelfürsorge ist bei der heutigen Wirtschaftslage außerordentlich schwer. Die Krüppelfürsorgestelle hat die Aufgabe der Berufsberatung, Arbeitsbeschaffung und Arbeitsvermittlung, sowie der ambulanten Berufsausbildung. Es soll nach Biesalski, Simon und Gruhl nicht der leichteste, sondern der hochwertigste Beruf gewählt und in geeigneten Fällen versucht werden, begabten Krüppeln eine höhere Schulausbildung zu verschaffen, um sie geistigen Berufen oder dem Beamtenberuf zuzuführen. Als Berufsberater kommen Krüppel selbst in Frage. Die Unterstützung durch die Berufsämter, die sich teilweise der Beratung für Krüppel zugewandt haben, ist in dieser Hinsicht wertvoll und erfolgt unter Berücksichtigung der späteren Einstellungsmöglichkeit. Die Unterbringung der Krüppel in Lehrstellen läßt sich nach Landwehr am leichtesten auf dem Lande durch persönliche Beziehungen durchführen. Die Gewährung von Meisterprämien, wie es die Ausführungsanweisung anregt, ist vielerorts versucht worden, hat aber nur in einem geringen Teil der Fälle zum Erfolg geführt. Ferner kommt die Unterbringung in einem Krüppelheim zwecks Berufsausbildung in Frage, was nach Simon für geistig schwache und armbeschädigte Krüppel sowie für spastische Hemiplegiker meist unerläßlich ist, hingegen sich für viele Krüppel, die man in Heimwerkstätten antrifft, erübrigt. Gegenüber der von den Heimen meist geübten Handwerkerausbildung weist besonders Marx aber auch Brandes darauf hin, daß es in der heutigen Zeit, in der das Handwerk gegenüber der Industrie mehr und mehr zurücktritt, nicht immer zweckmäßig ist, den Krüppel einem handwerklichen oder gelernten Beruf zuzuführen; zumal die ausgesprochenen Krüppelberufe, wie Schneider, Schuster, Bandagisten nicht zu den nahrhaften Gewerben gehören und durch die fortwährende Ausbildung von Krüppeln in diesen Berufen die Konkurrenz unter den Erwerbsbeschränkten selbst die Aussichten noch verringere. Demgegenüber sei es zu empfehlen, in geeigneten Fällen eine gründliche Anlernung im Fabrikbetrieb zu wählen, denn die Möglichkeiten, Erwerbsbeschränkte in der Industrie unterzubringen, seien mannigfaltig, wie die Angaben Henry Fords

in seinem Buch: „Mein Leben und Werk“ zeigen. In vielen Städten sind Erwerbsbeschränktenwerkstätten errichtet worden, in denen Krüppel ausgebildet oder angelernt werden können, um später der Privatindustrie zugeführt zu werden. Wesentlich dabei ist die richtige Auswahl des Arbeitsplatzes unter Berücksichtigung der körperlichen Arbeitskraft und der geistigen Fähigkeit des Erwerbsbeschränkten. Die Industrie verhält sich jedoch nach den Angaben Michels ablehnend, da die von ihnen gesetzlich übernommenen Schwerbeschädigten häufig in der Produktion nicht zu verwenden sind und so eine starke Belastung darstellen. Gegen die Vorschläge von Marx werden vor allem ärztliche und pädagogische Bedenken ins Feld geführt. Die Tatsache, daß die Anstaltszöglinge während ihrer ganzen Ausbildung unter ärztlicher und erzieherischer Obhut stehen, macht nach Michel und Vietor die Anstaltsfürsorge gegenüber der offenen Fürsorge weit überlegen. Sachlich hält Vietor ihm die häufigen Entlassungen in der Industrie entgegen, die den gelernten Handwerker weit weniger gefährden als den nur in einigen Industriehandgriffen geübten Erwerbsbeschränkten. Die Konkurrenz unter diesen Handwerkern hält er für um so unbedenklicher, als die genannten Berufe zu Spezialberufen in den Krüppelheimen geworden seien. Den Besuch von Erwerbsbeschränktenwerkstätten läßt er nur für die Stadtkrüppel gelten, während für den Krüppel vom Lande ein solcher als nicht möglich und nicht wünschenswert erachtet wird, weil dadurch nur das großstädtische Proletariat vergrößert werde. Die Anstalten könnten ebenfalls die Möglichkeit schaffen, die Krüppel in industrieller Arbeit oder Teilarbeit auszubilden. Nach den Angaben Michels ist im Oskar-Helene-Heim, Berlin-Dahlem, ein derartiger Versuch schon früher gemacht worden, ohne jedoch als geglückt bezeichnet werden zu können. Von den Anstaltskrüppeln eignen sich nach einer Untersuchung der Insassen dieses Heimes nur eine ganz geringe Anzahl zur Fabrikarbeit. Nach Ansicht des ärztlichen Leiters, Professor Biesalski, kommen für industrielle Arbeit oder Teilarbeit die Krüppel in Frage, die aus geistigem oder körperlichem Unvermögen ein Handwerk nicht erlernen können, doch muß man Michel recht geben, der die Aussichten dieser Arbeiter im allgemeinen Wettbewerb bei dem eiligen Arbeitstempo in den Fabrikbetrieben als recht ungünstig bezeichnet. Er möchte die industrielle Ausbildung in die Werkstättenbetriebe der Heime einbezogen wissen, glaubt aber, daß kein Grund vorhanden sei, um grund-

sätzlich von der Handwerkerausbildung abzugehen, da das Kunsthandwerk gegenüber der industriellen Massenproduktion stets seine Geltung behalten werde, und außerdem nach einer Mitteilung von Oberregierungsrat Dr. F. Burgdörfer ein Lehrlingsmangel in den kommenden Jahren zu erwarten sei.

Spitzy macht der Berufsausbildung in Krüppelanstalten Einseitigkeit des Erlernten zum Vorwurf und ist mit Marx und Simon für eine Ausbildung der Knaben und Mädchen in Lehrstellen, wo der Krüppel nach bestandener Gesellenprüfung meist eine Anstellung findet. In der von ihm geleiteten Anstalt werden nur die Krüppel im Heim ausgebildet, die nicht zur Lehrstelle gehen können; die anderen wohnen in einem der Anstalt angegliederten Heim. Ein städtisches Internat oder Lehrlingsheim für Jugendliche vom Lande, verbunden mit einer Ausbildung im normalen Betrieb, hält Landwehr für die glücklichste Lösung.

Zwecks Unterbringung der in einer Anstalt ausgebildeten Krüppel fordert Schlee und mit ihm Michel die Anstellung eines berufsmäßig ausgebildeten Arbeitsvermittlers, der einerseits über die Arbeitsfähigkeit der einzelnen Krüppel, andererseits über die Möglichkeiten der Unterbringung durch direkte Fühlungnahme mit den Arbeitgebern orientiert ist. Der körperlich Behinderte soll die Arbeit zugewiesen bekommen, bei der seine geminderte Leistungsfähigkeit voll ausgenützt wird.

Die Unterbringung des jugendlichen Krüppels im Berufsleben ist nach der Ansicht von Marx, Wölz und Neumann vom Vollzug des Schwerbeschädigtengesetzes aus durchzuführen, zumal eine stetige Verminderung der Zahl der Kriegsbeschädigten wegen frühen Eintritts der Erwerbsunfähigkeit und hoher Sterblichkeit zu erwarten ist. Jedoch hofft Marx, daß sich durch Heranziehen der Arbeitsämter zur Arbeitsbeschaffung für Erwerbsbeschränkte ein Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage schaffen läßt. Die Erwerbsbeschränkten sollten nach Brandes und Marx in erster Linie berücksichtigt werden, da eine Arbeitsentwöhnung einen Rückschritt in körperlicher Hinsicht bedeutet. Simon hält die Unterbringung der Krüppel auf Grund des Schwerbeschädigtengesetzes für fraglich. Schasse, Landwehr, Schlee, Malikowski u. a. fordern die Umstellung des § 8 des Schwerbeschädigtengesetzes dahingehend, daß die Gleichstellung der sogenannten Friedenskrüppel mit den Kriegsbeschädigten nicht an ein

„Kann", sondern an ein „Muß" gebunden wird. Ein gleicher Antrag der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge im Jahre 1922 an den Reichstag wurde nicht berücksichtigt.

Gegenüber den Krüppeln, die zur Erwerbsfähigkeit gebracht werden können, stehen die siechen Krüppel, die nach Gau entweder als „Vollsieche" nur noch Anspruch auf Pflege haben, oder als „Halbsieche" körperlich und geistig gefördert werden müssen, um wenigstens eine geringe Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Die Siechenpflege trat in letzter Zeit hinter den anderen Aufgaben der Krüppelfürsorge wegen ihrer unproduktiven Seite etwas zurück; demgegenüber fordern Vietor, Simon und Gau einen Ausbau dieser Fürsorge. Einesteils um die Heime zu entlasten, andernteils, um den Siechen eine geeignete Fürsorge angedeihen lassen zu können, soll nach dem Vorschlag Vietors eine Siechenabteilung für nicht ausbildungsfähige Krüppel an das Krüppelheim angegliedert werden; Gau schlägt eine Gliederung dieser „Krüppelpflegeabteilung" vor in eine Abteilung für Vollsieche mit Krankenhauscharakter und eine Abteilung für Halbsieche mit Heimcharakter. Das Verbleiben der Halbsiechen unter heil- und ausbildungsfähigen Krüppeln, wie Kleine es aus psychologischen Gründen fordert, lehnt Gau wegen zu großer Belastung der Heime ab. Nach dem Vorschlag Biesalskis soll, wie Michel berichtet, eine genauere Einteilung der einzuweisenden Krüppel erfolgen in „Vollnutzbare", die nach der Entkrüppelung „vollwertig", also 100 Prozent erwerbsfähig, und „Teilnutzbare", die nach der Entkrüppelung „teilwertig" sind; bei letzteren sollen auch die „Unwertigen", die Siechen, bei nicht zu großer Anzahl gelassen werden. Es gäbe somit Entkrüppelungsanstalten für „Vollwertige", und Krüppelheime für „Teilwertige". Am meisten ist es zu begrüßen, wenn die Dauerversorgung der Siechen in der Familie erfolgen kann, und Vietor betrachtet es als Aufgabe der nachgehenden Fürsorge, diese zu überwachen und die notwendige Pflege und Unterstützung zu veranlassen, ebenso den in der Familie verbleibenden Halbsiechen Heimarbeit zu beschaffen.

Das Problem der Erreichung des größtmöglichen Nutzergebnisses in der Krüppelfürsorge läßt sich nach Elster dahin charakterisieren, aus möglichst vielen Konsumenten Produzenten zu machen, damit die Belastung der Volkswirtschaft mit unproduktiven Konsumenten auf ein Mindestmaß zurückgeschraubt, aus der Leistungsfähigkeit des Einzelnen aber der größtmögliche Nutzen gezogen werde.

Verschiedene Autoren haben versucht, die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krüppelfürsorge statistisch zu erforschen. Rosenfeld kommt dabei zu dem Schlußurteil, daß „die Unkosten nicht so groß seien, als man zuvor angenommen habe", und glaubt, „daß mit diesen geringeren Mitteln ein größerer Nutzen, als man bisher anzunehmen berechtigt war, geschaffen werden könne". Auf der „Gesolei" wurden die geringeren Kosten frühzeitig behandelter Krüppelfälle mit ihrem guten Erfolge den hohen Ausgaben bei verschleppten Fällen mit weit geringeren Heilungsaussichten gegenübergestellt, woraus sich ohne weiteres die volkswirtschaftliche Bedeutung der frühzeitigen Erfassung des Krüppels ergibt. Papke hat nach Art der Rentenberechnung für Kriegsbeschädigte und Unfallverletzte die Produktionsminderung vor und nach der Behandlung bei den einzelnen Krüppelkrankheiten tabellarisch zusammengestellt, eine Methode, die Schede für übersichtlich hält, wenn er auch in den einzelnen Punkten zu anderen Ergebnissen gelangt ist. Seine Untersuchungen über die Rentabilität der Entkrüppelungsmaßnahmen bei den verschiedenen Krüppelleiden führen ihn zu dem Resultat, daß dieselben in einem großen Teil der Fälle eine Sparmaßnahme bedeuten, wenn auch die Differenz zwischen den Ausgaben für Behandlung und den Ausgaben für Unterstützung bei Erwerbsunfähigkeit, also das Nutzergebnis, je nach der Schwere des Falles eine größere oder geringere Höhe erreicht. Nach Michel und Ulbrich ist bei den hohen Beträgen, die für die Unterstützung erwerbsunfähiger Krüppel gezahlt werden müssen, jede Erleichterung dieser Lasten von hohem volkswirtschaftlichen Wert, um so mehr als die Krüppelfürsorge in manchen Fällen die Ausgaben in Gewinn verwandelt. Michel selbst hat auf Grund einer Umfrage an die Länder des Deutschen Reiches und die Landesfürsorgeverbände Preußens die Aufwendungen und Ergebnisse der Krüppelfürsorge in den letzten Jahren von 1924 bis 1927 tabellarisch zusammengestellt, doch hält er wegen des kurzen Zeitraums, über den sich die Angaben erstrecken, sowie wegen der nicht ins Einzelne gehenden Ausführlichkeit derselben nur einen allgemeinen Schluß für zulässig, daß die Wirksamkeit der Fürsorge als mehr und mehr erfolgreich zu bezeichnen ist.

II. Teil.

Die Krüppelfürsorgestelle in Bonn ist dem Gesundheitsamt (Abteilung des städt. Wohlfahrtsamts) angegliedert, das die Verwaltungssachen der Krüppelfürsorge bearbeitet. Der Leiter der orthopädischen Abteilung der Chirurgischen Universitäts-Klinik ist der ärztliche Berater der Krüppelfürsorgestelle. Nach Bedarf, jedoch mindestens einmal im Monat, wird ein Sprechtag anberaumt, zu dem die Krüppel geladen werden, sei es, daß sie neugemeldet sind oder daß sonst ärztlicher Rat für sie in Frage kommt. Die Krüppelfürsorgestelle ist nicht ambulante Behandlungsstelle. Trotzdem ergibt es sich, daß in einem großen Teil der Fälle der Krüppelfürsorgearzt auch die ambulante Behandlung durchführt, weil hier alte Verträge der Stadt mit den Universitätskliniken bestehen, wonach letztere die Stelle des Armenarztes zu vertreten haben und dafür von der Stadt für jeden Einwohner 0,20 M. pro Jahr beziehen. Verbandsmaterial oder sonstige Materialunkosten werden besonders geregelt. Für die Ausstellung von Formularattesten erhält der Krüppelfürsorgearzt eine jährliche Entschädigung von 165 M. Im allgemeinen werden die Patienten an die Klinik verwiesen; stehen sie jedoch in Behandlung eines Facharztes, so bleibt diesem auch weiterhin die Behandlung überlassen, und der Bezirksfürsorgeverband zahlt bei Hilfsbedürftigkeit den Mindestsatz der Preuß. Geb.-Ordng. an den betreffenden Arzt. Bei Kassenmitgliedern, bei denen die Leistungen der Kasse nicht ausreichen, leistet der Bezirksfürsorgeverband bei Hilfsbedürftigkeit Zuschüsse. Die Hilfsbedürftigkeit wird von Wohlfahrtsbeamten geprüft; meist sind die betreffenden Familien und ihre Verhältnisse den Bezirksfürsorgerinnen bekannt.

Als allgemeine Maßnahmen zur Hebung des Gesundheitszustandes der Volksschüler verdienen die Schulspeisung, die Freiluftschulen und die Erholungsfürsorge Erwähnung, — Einrichtungen, die im Hinblick

auf die Krüppelfürsorge wertvolle Ergänzungen und von ihrem Standpunkt aus Prophylaxe darstellen.

Die Einrichtung orthopädischer Turnkurse für Krüppelkinder in der Chirurgischen Universitäts-Klinik besteht seit langen Jahren und steht unter unmittelbarer ärztlicher Kontrolle. Außerdem wurden im Rahmen des Schulturnens im Jahre 1928 unter sehr guter Beteiligung der Volksschüler orthopädische Turnkurse, sogenanntes Schulgesundheitsturnen, eingerichtet, das als vorbeugende Maßnahme für Rückenschwächlinge zu werten ist. Ebenso erstreckt sich das prophylaktische Wirken der Krüppelfürsorge auf das Gebiet der Rachitisbekämpfung, die im Jahre 1928 weiter ausgebaut wurde und gute Resultate gezeitigt hat*).

Für die Krüppelfürsorge in Bonn steht ein Betrag von 20 000 M. im Jahr zur Verfügung. Die Ausgaben in den Jahren 1925 bis 1928 stellen sich in folgender Weise dar:

Jahre	1925	1926	1927	1928
Ausgaben für Anstaltsbehandlung	7092,77 Mk.	9945,05 Mk.	11163,05 Mk.	9914,— Mk.
Ausgaben für ambul. Behandlung	1079,60 „	2811,68 „	4245,33 „	5790,— „
Einnahmen	1010,52 „	504,— „	1518,85 „	824,65 „
Gesamtausgaben . .	7161,85 „	12252,73 „	13889,53 „	14880,— „
Zahl der Unterstützten	29	77	81	57

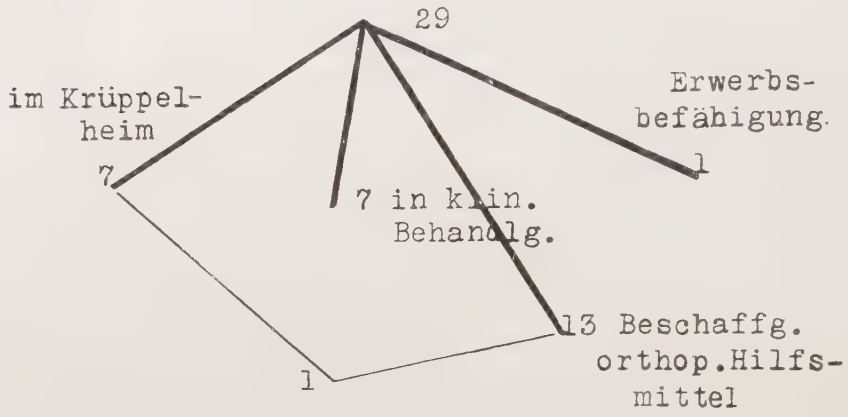
Die Unterstützung wurde in den einzelnen Fällen gezahlt für die Behandlung in einem Krüppelheim oder in einer Chirurgischen Klinik (zusammengefaßt unter: Ausgaben für Anstaltsbehandlung), für Beschaffung orthopädischer Hilfsmittel, darunter ist auch die Kostenüber-

*) Aengenendt berichtet hierüber (Münch. Med. Wschr. 1928, Nr. 26, S. 1112), daß sich dabei das Vigantol gegenüber der Ultraktinamilch aus praktischen Gründen überlegen gezeigt hat. Nach seinen Angaben ging die Zahl der prophylaktisch mit Vigantol behandelten Kinder und der Kinder, die wegen erster Anzeichen beginnender Rachitis das Präparat erhielten, in der Zeit vom 1. November 1927 bis 1. April 1928 von 46,7 Prozent auf 7,9 Prozent zurück. Nach Ansicht des Kreisarztes Medizinalrat Dr. Basten ist vielleicht auf diesem Weg ein Ausschluß der Rachitis aus der Reihe der ursächlichen Krankheiten des Krüppeltums zu erreichen.

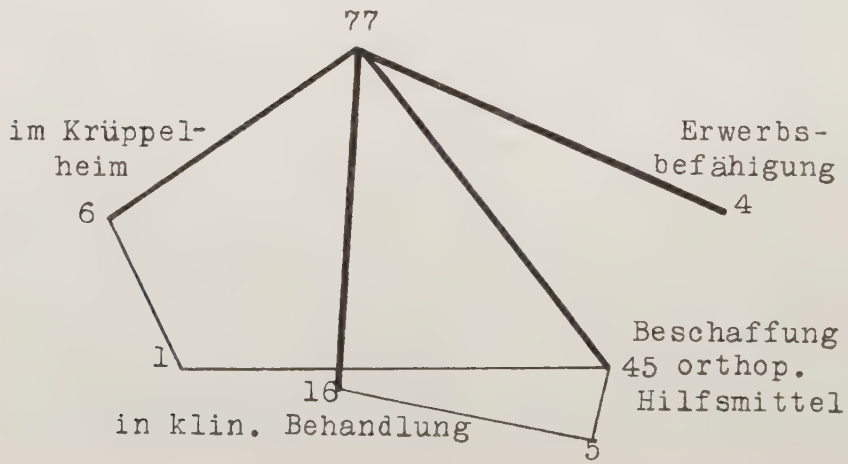
nahme für orthopädisches Turnen verstanden und für Erwerbsbefähigung (zusammengefaßt unter: Ausgaben für ambulante Behandlung).

Nachfolgende Darstellung veranschaulicht die Häufigkeit der verschiedenen Fürsorgeleistungen und ihr Ineinandergreifen.

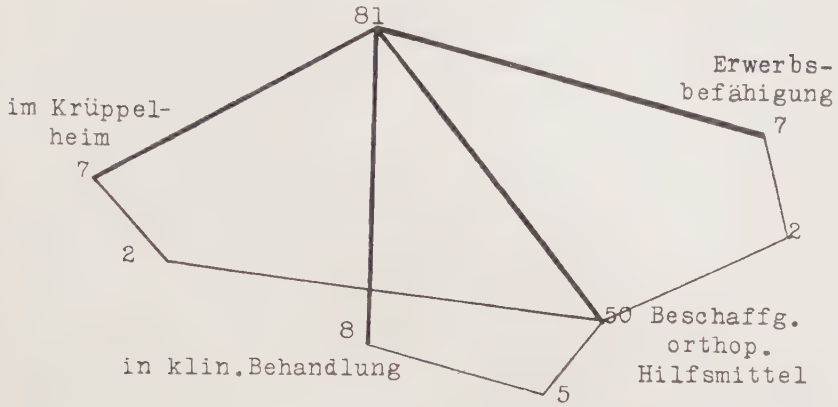
Im Jahre 1925 wurden 29 Krüppel unterstützt.



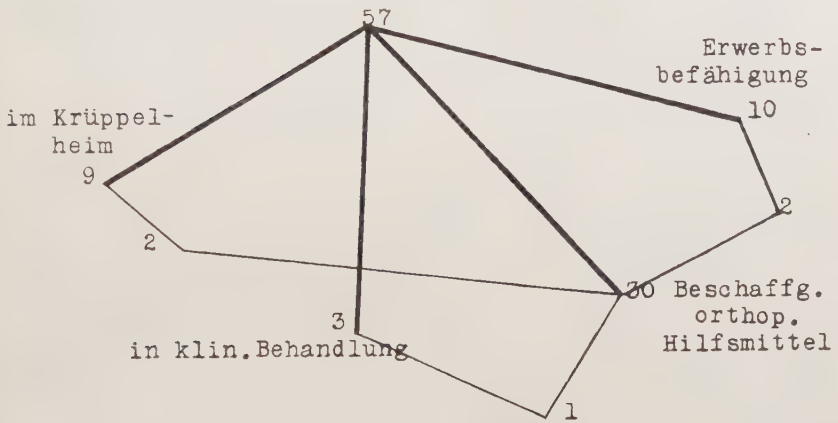
Im Jahre 1926 wurden 77 Krüppel unterstützt.



Im Jahre 1927 wurden 81 Krüppel unterstützt.



Im Jahre 1928 wurden 57 Krüppel unterstützt.



Um die einzelnen Jahre miteinander vergleichen zu können, folgt eine zusammenfassende Tabelle:

Jahre	1925	1926	1927	1928
Im Krüppelheim . .	8	7	9	11
In klinischer Behandlung	7	21	13	4
Beschaffung orthop. Hilfsmittel	14	51	59	35
Erwerbsbefähigung .	1	4	9	12

Aus der Tabelle ergibt sich, daß die Kosten für die Krüppelfürsorge in den letzten vier Jahren ständig zugenommen haben, zugleich aber auch bis zu dem Jahre 1927 die Zahl der Unterstützten. Die Inkongruenz zwischen dem Anstieg der Ausgabensumme im Jahre 1928 mit dem Abfall der Zahl der Unterstützten erklärt sich einmal aus der Zunahme der im Krüppelheim verpflegten Kinder gegenüber dem Vorjahr und dem Anstieg der Zahl derer, die einer Erwerbsbefähigung zugeführt wurden. Im wesentlichen ist sie auf den Ausbau der Krüppelfürsorge im Jahre 1928 zurückzuführen, der einerseits durch die Mitwirkung an der Rachitisbekämpfung, andererseits durch die Einrichtung des Schulgesundheitsturnens gekennzeichnet ist, — prophylaktische Maßnahmen, von denen erhofft wird, daß sie das Krüppeltum an der Wurzel angreifen und so künftige hohe Ausgaben verhüten helfen. Zugleich weist die ständig ansteigende Zahl derer, die einer Erwerbsbefähigung zugeführt wurden, darauf hin, daß auch auf diesem Wege der ambulanten Berufsausbildung in zunehmendem Maße jugendliche Krüppel für das Erwerbsleben vorbereitet wurden.

In den Jahren 1925—1928 wurden insgesamt 248 Krüppel in der Kartothek geführt.

Nach den Krankheiten, die zum Krüppeltum geführt haben, ordnen sich diese Fälle in folgender Weise (s. Tabelle S. 31).

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß an erster Stelle die Rachitis steht, mit 21 Prozent. Die rachitischen Rückenschwächlinge sind nicht als Krüppel im engeren Sinne zu rechnen. Es folgt die Knochen-, Gelenk- und Wirbeltuberkulose mit zusammen 12 Prozent. Die gleiche Prozentzahl erreichen die cerebralen und spinalen Kinderlähmungen zusammen. Die übrigen Erkrankungen beteiligen sich mit niedrigeren Prozentzahlen an den Krüppelfällen.

Aus den Zahlen, die der leitende Schularzt Prof. Dr. Schmidt in seinen Jahresberichten über die Untersuchungen an den Volksschulen der Stadt Bonn gibt, geht hervor, daß die Prozentzahlen der mit Zeichen einer überstandenen Rachitis behafteten Schüler in langsamem Rückgang begriffen sind. Im Jahre 1925 wurden 28 Prozent errechnet, 1926 23,8 Prozent, 1927 20,9 Prozent, 1928 17,9 Prozent. Dieser Rückgang ist nach Ansicht des Kreisarztes auf die gebesserte Wirtschaftslage und die damit verbundene rationellere Ernährung, sowie auf die gesundheitliche Volksaufklärung zurückzuführen, aber auch die

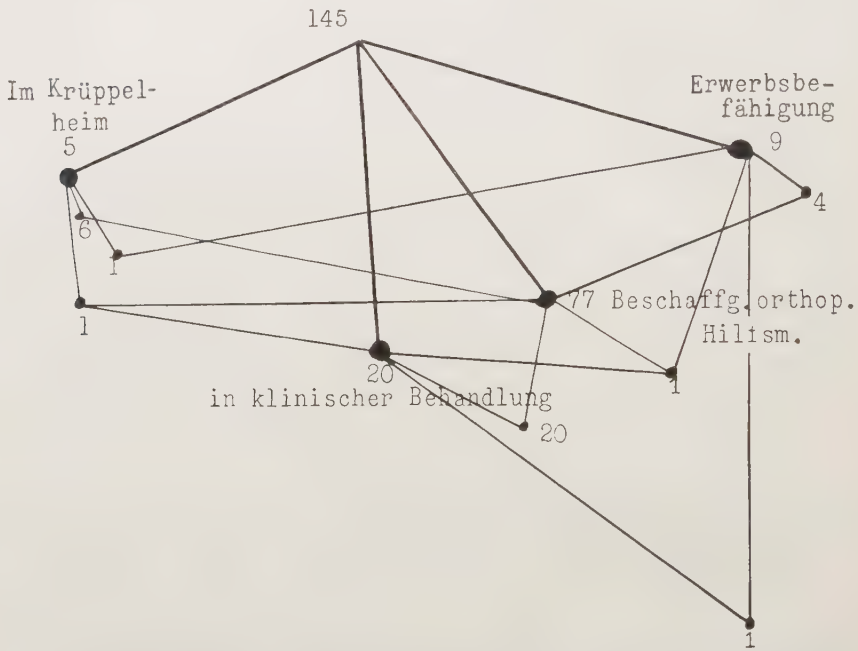
Erkrankung	männlich	weiblich	Gesamtzahl	% der Gesamtzahl
cong. Mißbildung . .	2	3	5	2
Luxatio coxae cong. .	1	10	11	4
cong. Klumpfuß . . .	6	4	10	4
Sonst. Fußdeformitäten	7	8	15	6
Idiotische Krüppel .	2	2	4	2
cerebrale Kinderlähmung	5	1	6	2
Spinale Kinderlähmung	18	7	25	10
Knochen- und Gelenktuberkulose	18	8	26	10
Spondylitis tuberculosa	3	2	5	2
Rachitis	12	40	52	21
Rachitische Rückenschwächlinge . . .	29	38	67	27
Trauma	4	3	7	3
Amputation (Bein) .	—	3	3	1
Osteomyelitis	3	—	3	1
Dystrophia musculorum progress. . .	1		1	
Sonstiges	5	3	8	3
Summe:			248	

erwähnte Rachitisprophylaxe, die ebenso in den Vorjahren durch die Säuglingsfürsorge ausgeübt wurde, hat Teil daran. Auch die Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose scheinen nach Ansicht des Kreisarztes im Rückgang begriffen zu sein; doch ist das zur Verfügung stehende Material zu gering, um exakte Angaben machen zu können. Die mehr und mehr ausgebaute Gesundheitsfürsorge dürfte zu einer frühzeitigeren Behandlung geführt haben.

Von den Krüppeln wurden 145 (58,4 Prozent) unterstützt. Bei den 103 Krüppeln, bei denen der Fürsorge keine Kosten entstanden, handelt es sich in 39 Fällen um rachitische Rückenschwächlinge, denen orthopädisches Turnen empfohlen wurde, in weiteren 29 Fällen teils um Krüppel mit abgeheiltem Leiden, die durch die Fürsorgestelle überwacht, teils um solche, die ärztlich beraten wurden, ohne daß die Behandlungskosten zu Lasten des Fürsorgeverbandes fielen. 8 Krüppel befanden

sich in klinischer Behandlung; die Kosten wurden teils selbst, teils von einer Kasse getragen. 17 Krüppel blieben der Fürsorgestelle fern, von diesen befanden sich 10 in privatärztlicher Behandlung auf eigene Kosten, 7 weigerten sich, der Aufforderung zur Krüppelsprechstunde nachzukommen. Am Ende des Berichtsjahres 1928 liegen 10 Krüppelmeldungen vor.

Folgende Darstellung veranschaulicht das Ineinandergreifen der verschiedenen Arten der Abhilfe und die Häufigkeit der einzelnen Leistungen:



Zusammenfassend ergibt sich: von den 145 Krüppeln, die von dem Bezirksfürsorgeverband unterstützt wurden, befanden sich in der Berichtszeit 13 in einem Krüppelheim, 43 in klinischer Behandlung, 109 wurden mit orthopädischen Hilfsmitteln unterstützt. Drei erhielten Sonderunterricht als Ersatz für die Volksschule, 13 wurden für das Erwerbsleben vorbereitet durch ambulante Ausbildung in einem Beruf. Folgende Tabelle gibt darüber Auskunft, welche Art der Abhilfe bei den einzelnen Krüppelfällen je nach der Art der ursächlichen Erkrankung in Frage kam:

Erkrankung	männl.	weibl.	Ges.-Zahl	Aufn. in Krüppelheim	Aufn. in Chir. Klinik	Besch. orth. Hilfsmittel	Unterricht oder Erwerbsbefähigung
cong. Mißbildung . .	—	1	1	—	—	—	1
Lux. coxae cong. . .	—	6	6	—	3	4	—
cong. Klumpfuß . . .	4	2	6	—	4	5	—
Sonstige Fußdeformit.	2	5	7	—	2	5	—
Idiotische Krüppel .	2	2	4	—	1	3	—
cerebrale Kinderlähmung	5	—	5	3	1	3	—
Spinale Kinderlähmung	11	4	15	2	3	10	3
Knochen- und Gelenktuberkulose	15	3	18	2	11	4	2
Spondylitis tuberculosa	3	2	5	2	3	2	1
Rachitis	8	28	36	3	12	22	10
Rachitische Rückenschwächlinge . . .	9	19	28	—	—	28	—
Trauma	2	1	3	—	1	2	—
Amputation (Bein) .	—	3	3	—	—	3	—
Osteomyelitis	3	—	3	—	2	1	—
Dystrophia musculorum progress. . .	1	—	1	1	—	—	—
Sonstiges	1	3	4	—	—	—	—

Daraus ergibt sich, daß am häufigsten — die progressive Muskeldystrophie ausgenommen — die cerebrale Kinderlähmung zu einer Aufnahme in ein Krüppelheim geführt hat; es folgt die Spondylitis tuberculosa. In bedeutend geringerem Maße haben die Folgen einer spinalen Kinderlähmung, die Knochen- und Gelenktuberkulose und in noch wenigeren Fällen die Rachitis uns zur Ueberführung in ein Krüppelheim veranlaßt. Dagegen kam außer bei kongenitaler Hüftgelenksluxation, angeborenem Klumpfuß, Traumen und Oesteomyelitis, bei der Knochen- und Gelenktuberkulose für nahezu zwei Drittel der Befallenen Aufnahme in eine chirurgische Klinik in Betracht, ebenso wurden ein Drittel der Rachitisfälle einer solchen zugewiesen. Dazu ist zu bemerken, daß es sich bei den Tuberkulosekranken zum Teil um ausgeheilte Prozesse handelte, bei denen die Korrektur einer ungünstigen Stellung angestrebt wurde. Die Folgezustände der spinalen Kinderlähmung beteiligen sich auch an dieser stationären Behandlung in nicht

sehr hohem Maße, wohl aber erhielten zwei Drittel dieser Krüppel orthopädische Hilfsmittel, worunter hier in erster Linie orthopädische Apparate und Schuhe zu verstehen sind. Auch Wirbeltuberkulosen wurden der rein klinischen Behandlung überwiesen; ein Patient mußte Sonderunterricht bekommen. Die Beschaffung orthopädischer Hilfsmittel bezieht sich bei Rückenschwächlingen auf den Unterricht in orthopädischem Turnen. Aus obigen Ausführungen ergibt sich unsere Stellung zu der Frage, ob der geschlossenen oder offenen Fürsorge der Vorrang gebührt, wobei unter offener Fürsorge auch die Aufnahme in eine chirurgische Klinik verstanden wird, wenn sie ohne Mitwirkung des Landesfürsorgeverbandes erfolgt war. Die Fälle, die einer chirurgischen Therapie in kürzerer Zeit zugänglich sind, wurden im Rahmen der offenen Fürsorge einer chirurgischen Klinik zugeführt. Mit Ausnahme von 6 Kranken, bei denen die klinische Behandlung längere Zeit in Anspruch nahm, betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 69 Tage. Diese stationäre Behandlung wurde bei 30 von 43 Patienten in der Chirurgischen Universitäts-Klinik durchgeführt. Die Kosten übernahm der Bezirksfürsorgeverband, weil diese nicht die Höhe der Tageskosten erreichen, die er bei Aufnahme in ein Krüppelheim dem Landesfürsorgeverband zu ersetzen hat. Ueber die 13 Kranken, die sich in privatärztlicher klinischer Behandlung befanden, konnten wir nicht in der Art Auskunft erhalten, daß sie zu statistischer Bearbeitung dienen konnte.

Ueber die 30 in der Chirurgischen Universitäts-Klinik behandelten Krüppel gibt die Tabelle S. 35 Auskunft.

Sieben Patienten konnten durch den ärztlichen Eingriff geheilt und damit entkrüppelt werden; die Erwerbsminderung beträgt 0 Prozent. Bei den übrigen handelt es sich bei 17 Krüppeln um schulpflichtige oder Kleinkinder, bei 6 um schulentlassene Krüppel. Die Kosten für die Erwerbsbefähigung trägt bei einem der genannten der Bezirksfürsorgeverband; ein anderer früherer Patient befindet sich in einer Lehrstelle, ein weiterer arbeitet in einer Fabrik, zwei sind arbeitsfähig aber ohne Lehrstelle, ein Krüppel ist nur in geringem Maße arbeitsfähig, zur Zeit aber ohne Beschäftigung. Bei 6 Kranken konnte durch die stationäre Behandlung keine Besserung erzielt werden, ein Patient ist gestorben.

Die Fälle, die auf Grund ihrer Diagnose oder Prognose eine langdauernde Behandlung notwendig machten, wurden den Krüppelheimen

Erkrankung	männl.	weibl.	Ges.-Zahl	Aufn. in Krüppelheim	Aufn. in Chir. Klinik	Besch. orth. Hilfsmittel	Unterricht oder Erwerbsbefähigung
cong. Mißbildung . .	—	1	1	—	—	—	1
Lux. coxae cong. . .	—	6	6	—	3	4	—
cong. Klumpfuß . . .	4	2	6	—	4	5	—
Sonstige Fußdeformit.	2	5	7	—	2	5	—
Idiotische Krüppel .	2	2	4	—	1	3	—
cerebrale Kinderlähmung	5	—	5	3	1	3	—
Spinale Kinderlähmung	11	4	15	2	3	10	3
Knochen- und Gelenktuberkulose	15	3	18	2	11	4	2
Spondylitis tuberculosa	3	2	5	2	3	2	1
Rachitis	8	28	36	3	12	22	10
Rachitische Rückenschwächlinge . . .	9	19	28	—	—	28	—
Trauma	2	1	3	—	1	2	—
Amputation (Bein) .	—	3	3	—	—	3	—
Osteomyelitis	3	—	3	—	2	1	—
Dystrophia musculorum progress. . .	1	—	1	1	—	—	—
Sonstiges	1	3	4	—	—	—	—

Daraus ergibt sich, daß am häufigsten — die progressive Muskeldystrophie ausgenommen — die cerebrale Kinderlähmung zu einer Aufnahme in ein Krüppelheim geführt hat; es folgt die Spondylitis tuberculosa. In bedeutend geringerem Maße haben die Folgen einer spinalen Kinderlähmung, die Knochen- und Gelenktuberkulose und in noch wenigeren Fällen die Rachitis uns zur Ueberführung in ein Krüppelheim veranlaßt. Dagegen kam außer bei kongenitaler Hüftgelenksluxation, angeborenem Klumpfuß, Traumen und Oesteomyelitis, bei der Knochen- und Gelenktuberkulose für nahezu zwei Drittel der Befallenen Aufnahme in eine chirurgische Klinik in Betracht, ebenso wurden ein Drittel der Rachitisfälle einer solchen zugewiesen. Dazu ist zu bemerken, daß es sich bei den Tuberkulosekranken zum Teil um ausgeheilte Prozesse handelte, bei denen die Korrektur einer ungünstigen Stellung angestrebt wurde. Die Folgezustände der spinalen Kinderlähmung beteiligen sich auch an dieser stationären Behandlung in nicht

sehr hohem Maße, wohl aber erhielten zwei Drittel dieser Krüppel orthopädische Hilfsmittel, worunter hier in erster Linie orthopädische Apparate und Schuhe zu verstehen sind. Auch Wirbeltuberkulosen wurden der rein klinischen Behandlung überwiesen; ein Patient mußte Sonderunterricht bekommen. Die Beschaffung orthopädischer Hilfsmittel bezieht sich bei Rückenschwächlingen auf den Unterricht in orthopädischem Turnen. Aus obigen Ausführungen ergibt sich unsere Stellung zu der Frage, ob der geschlossenen oder offenen Fürsorge der Vorrang gebührt, wobei unter offener Fürsorge auch die Aufnahme in eine chirurgische Klinik verstanden wird, wenn sie ohne Mitwirkung des Landesfürsorgeverbandes erfolgt war. Die Fälle, die einer chirurgischen Therapie in kürzerer Zeit zugänglich sind, wurden im Rahmen der offenen Fürsorge einer chirurgischen Klinik zugeführt. Mit Ausnahme von 6 Kranken, bei denen die klinische Behandlung längere Zeit in Anspruch nahm, betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 69 Tage. Diese stationäre Behandlung wurde bei 30 von 43 Patienten in der Chirurgischen Universitäts-Klinik durchgeführt. Die Kosten übernahm der Bezirksfürsorgeverband, weil diese nicht die Höhe der Tageskosten erreichen, die er bei Aufnahme in ein Krüppelheim dem Landesfürsorgeverband zu ersetzen hat. Ueber die 13 Kranken, die sich in privatärztlicher klinischer Behandlung befanden, konnten wir nicht in der Art Auskunft erhalten, daß sie zu statistischer Bearbeitung dienen konnte.

Ueber die 30 in der Chirurgischen Universitäts-Klinik behandelten Krüppel gibt die Tabelle S. 35 Auskunft.

Sieben Patienten konnten durch den ärztlichen Eingriff geheilt und damit entkrüppelt werden; die Erwerbsminderung beträgt 0 Prozent. Bei den übrigen handelt es sich bei 17 Krüppeln um schulpflichtige oder Kleinkinder, bei 6 um schulentlassene Krüppel. Die Kosten für die Erwerbsbefähigung trägt bei einem der genannten der Bezirksfürsorgeverband; ein anderer früherer Patient befindet sich in einer Lehrstelle, ein weiterer arbeitet in einer Fabrik, zwei sind arbeitsfähig aber ohne Lehrstelle, ein Krüppel ist nur in geringem Maße arbeitsfähig, zur Zeit aber ohne Beschäftigung. Bei 6 Kranken konnte durch die stationäre Behandlung keine Besserung erzielt werden, ein Patient ist gestorben.

Die Fälle, die auf Grund ihrer Diagnose oder Prognose eine langdauernde Behandlung notwendig machten, wurden den Krüppelheimen

Erkrankung	Zahl	geheilt	gebessert	unverändert	Bemerkungen
Rach. Extremitätenverbiegung	7	5	2	—	
Skoliose	2	—	—	2	
Coxitis tbc.	4	—	4	—	
Winkl. Ankylose, Kniegelenk-Tbc.	2	—	2	—	—
Spondylitis tbc.	2	—	2	—	—
Lähmung (spinale Kinderlähmung) . . .	3	—	1	2	Einer d. unveränd. Fälle, Heim überwiesen
Spast. Spitzfuß (cerebr. Kinderlähmung) . . .	1	—	1	—	—
Osteomyelitis	2	—	2	—	—
Genu valgum traumatic.	1	1	—	—	—
Lux. cox. cong.	2	1	—	1	
cong. Klumpfuß	3	—	2	1	—
Tuberkulos. pedis . . .	1	—	—	—	gestorben
Summe:	30	7	16	6	

zugeführt. Ebenso, wenn psychologische oder soziale Momente für eine Heimaufnahme sprachen, oder eine Ausbildung ambulant als nicht möglich erachtet wurde.

Durch Umfrage an die betreffenden Heime ergibt sich folgendes Bild (s. Tabelle S. 36).

Aus der Tabelle geht hervor, daß bei 5 Heiminsassen Aussicht auf Erwerbsfähigkeit besteht, bei 3 Zöglingen äußert sich die Anstalt in bestimmterer Art, zweimal unter Angabe der prozentualen Höhe der Erwerbsfähigkeit, bei den zwei übrigen handelt es sich um noch schulpflichtige Kinder, bei denen die geistige und körperliche Entwicklung vor Abgabe eines bestimmten Urteils abgewartet werden muß. Bei einem Patienten ist die Aussicht auf Erwerbsfähigkeit gering, ein weiterer Krüppel bleibt anstaltsbedürftig, und auch die zuletzt angeführte Erkrankung an progressiver Muskeldystrophie dürfte bei der Progredienz des Leidens den Träger zu einem dauernden Heiminsassen machen.

Außer diesen in der Tabelle zusammengefaßten Krüppeln befanden sich noch 5 weitere in der Berichtszeit in Anstaltsbehandlung. Ein

Erkrankung	Alter	Ist eine Besserung erzielt worden?	Durch welche Maßnahmen?	Ist der Pflegling einer Berufsausbildung zugeführt worden?	Besteht Aussicht auf Erwerbsfähigkeit, wieviel%?
Little . . .	21 ♂	Behandlung war bei Aufnahme abgeschlossen (chirurgisch)	trägt orthop. Schuhe	kaufmänn. Büro	ja % ?
Little . . .	14 ♂	ja	—	besucht die Schule	geringe
Spondylitis tuberculosa	19 ♀	nein, ausgeschlossen	—	lernt Weißnähen	bleibt anstaltsbedürftig
Spin. Kinderlähmung .	10 ♂	ja	chirurgische Maßnahmen, trägt Schienenhülsenapparat	besucht die Schule	später vielleicht Erlernung eines Handwerks möglich
Spin. Kinderlähmung .	11 ♂	ja	chirurgische Maßnahmen, Behandlung noch nicht abgeschlossen	nein	ja, bei sitzender Beschäftigung 50%
Tuberkulose des Kniegelenks . .	17 ♂	Behandlung war abgeschlossen, Leiden hat sich verschlimmert	erneute Operation nötig	ja, Korbmacherei	ja 100%
Skoliose . .	15 ♀	nein, Verschlimmerung wurde verhütet	Gipsbehandlung	Hilfsschülerin	ja, hängt von geistiger Entwicklung ab
Dystrophia musc. prog.	9 ♂	wurde erst aufgenommen.			

Zögling verunglückte beim Baden, zwei fanden nur vorübergehend Aufnahme, da die Eltern sich nicht für längere Zeit von dem Kinde trennen wollten; eines von diesen bedarf lediglich der Pflege, das andere erhält Sonderunterricht als Ersatz für die Volksschule. Zwei Krüppel wurden im letzten Jahre der Berichtszeit aus der Anstaltsfürsorge entlassen; der eine, ein junger Mann von 21 Jahren, mit einer abgeklungenen Wirbeltuberkulose, hat eine Anstellung als Bote in

einem Geschäft gefunden und sorgt selbst für seinen Lebensunterhalt, im anderen Fall handelt es sich um ein junges Mädchen von 20 Jahren mit rachitischem Zwergwuchs, deren Ausbildung im Nähen im Krüppelheim begonnen wurde und nun durch einen weiteren Nähkurs vervollständigt werden soll.

Im ganzen wurden 13 Krüppel, 9 Mädchen und 4 Knaben, im Rahmen der offenen Fürsorge einer Berufsausbildung zugeführt. Für Mädchen kamen Nähkurse in der Wetzlarschule oder im Waisenhaus in Frage, noch günstiger erachten wir die Verschaffung einer Lehrstelle, in der das Mädchen bis zur Gesellenprüfung gebracht wird, was der Fürsorge in einem Fall gelang. Von den Knaben erhält einer eine kaufmännische Ausbildung in einer Privathandelsschule, ein zweiter konnte auf Grund seiner Ausbildung in Stenographie eine Lehrstelle finden, einem anderen ihrer Schützlinge hat die Fürsorgestelle unter Aussetzung einer Prämie eine Lehrstelle bei einem Rechtsanwalt verschafft, und durch Zahlung einer Lehrbeihilfe gelang es, einen weiteren in einer Blindenwerkstatt zur Anlernung im Korbmacherhandwerk unterzubringen. Drei schulpflichtige Krüppel erhielten außerdem eine Sonderbeschulung durch Privatlehrer als Ersatz für den Volksschulunterricht.

Die Unterbringung jugendlicher Krüppel durch die im Schwerbeschädigtengesetz vorgesehene Gleichstellung mit Kriegsbeschädigten ist hier nur in einem ganz geringen Maße möglich gewesen, da die verfügbaren Stellen durch Kriegsbeschädigte besetzt sind.

An Hand dieser Beobachtungen kann man sagen, daß man hier in Bonn den Forderungen der modernen Krüppelfürsorge gerecht geworden ist, sowohl was ihr therapeutisches und prophylaktisches Wirken anlangt, als auch im Hinblick auf ihre wirtschaftliche Seite, die Erwerbsbefähigung.

In der Frage, ob offene oder geschlossene Fürsorge am Platze ist, wurde der Standpunkt vertreten, daß Krüppelleiden, die auf Grund ihrer Prognose durch einen chirurgischen Eingriff in kurzer Zeit eine weitgehende Besserung versprechen, im Rahmen der offenen Fürsorge zu behandeln sind. Diese Patienten sollen einer geeigneten Klinik zur Behandlung überwiesen werden, um so mehr, als die Eltern leichter zu einem kurzdauernden klinischen Aufenthalt als zur Aufnahme in ein Krüppelheim ihre Einwilligung geben. Diese Idee konnte hier deswegen

besonders gut verwirklicht werden, da die Stadt mit der Chirurgischen Universitäts-Klinik Sonderverträge hat, so daß die Kosten für eine derartige Behandlung nicht die Höhe der Kosten erreichen, die aus der Aufnahme in ein Krüppelheim für die Stadt erwachsen. An den klinischen Aufenthalt schließt sich nach eingetretener Heilung oder Besserung im schulpflichtigen Alter der gewöhnliche Volksschulunterricht, wenn weiter starke körperliche Behinderung besteht, Privatunterricht oder je nach den übrigen Nebenumständen kommt eine Aufnahme in ein Krüppelheim in Frage. Das ist jedoch in der Berichtszeit nur einmal erfolgt. Bei Krüppeln, die den Schulunterricht hinter sich haben, kommt die Vermittlung einer Lehrstelle in Frage mit gelegentlichen Kosten für Meisterprämien oder Sonderunterricht.

Wir sind uns bewußt, daß hier in Bonn durch die Universitäts-Klinik eine ganz besondere Möglichkeit der Krüppelfürsorge gegeben ist, und daß es nicht angeht, auf Grund unserer eigenen Erfahrungen ohne weiteres allgemein gültige Regeln aufzustellen. Jedoch wäre auch anderen Städten, soweit ihnen eine chirurgische Fachklinik zur Verfügung steht, diese Möglichkeit gegeben.

Bei den Kranken, bei denen es sich von vornherein ergibt, daß eine länger dauernde Behandlung erforderlich ist, halten wir es im allgemeinen für angezeigt, die Behandlung in geeigneten Heimen durchführen zu lassen; nicht etwa, weil hier eine geeignetere Therapie getrieben werden könnte, denn die wäre in den chirurgischen Fachkliniken ohne weiteres durchzuführen, zumal unsere modernen Kliniken darauf eingerichtet sind, der Forderung der Liege- und Freiluftkuren, die bei vielen Krüppelerkrankungen indiziert sind, gerecht zu werden; jedoch würde eine derartige Behandlung finanziell zu sehr ins Gewicht fallen, da diese Kliniken keine Sanatorien sind und mit ihrer Bettenzahl anders disponieren müssen. Der weitere Grund, warum für diese Fälle die Heimbehandlung die geeignetere ist, ist die psychologische Komponente der Krüppelbehandlung. Es handelt sich ja meist um Jugendliche, für die es notwendig ist, neben der rein klinischen Therapie für die geistige Ausbildung zu sorgen, die in den Fachkliniken nicht gewährleistet werden kann. Es wird jeder, der auf diesem Gebiet Erfahrungen gemacht hat, sich solcher Kinder erinnern können, die jahrelang in Kliniken gelegen, klinisch gute Erfolge gezeitigt haben, auf der anderen Seite aber psychisch verwahrlosten und später nach der Entlassung aus der Klinik geradezu ungeahnte Schwierigkeiten boten, wenn man

den Versuch machte, ihnen nachträglich das notwendige Schulwissen zu vermitteln und sie für einen Beruf zu erziehen.

Wir kommen hiermit zu dem Schlußurteil, daß in geeigneten Fällen der offenen Fürsorge der Vorrang einzuräumen ist, nicht allein aus finanziellen Gründen, sondern auch um die Kinder baldmöglichst wieder in das Leben der Gesunden zurückzubringen, daß aber denen, die durch ihr körperliches Leiden längerer Behandlung bedürfen, gleichzeitig geistige Ausbildung und somit die Heimaufnahme zu gewähren ist.

Literatur.

Aengenendt, J.: Rachitisbekämpfung im großen durch Vigantol. Münch. Med. Wschr., Nr. 26, 1928, S. 1112.

Baath, P. A.: Verordnung über die Fürsorgepflicht. Berlin, Verlag Franz Vahlen, 1925.

Basten, J.: Vertiefung der Krüppelfürsorge, Vortrag, gehalten in der Vereinigung der Kommunal-Schul- und Fürsorgeärzte in Bad Ilmenau 1928. Zeitschr. f. Schulgesundheitsfürsorge.

Bessel: Erfahrungen der Landarmenverbände mit dem Krüppelfürsorgegesetz. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, Bd. 17, Heft 6—9, Leipzig, Verlag Leopold Voß, 1924, S. 85.

Biesalski, K.: Grundriß der Krüppelfürsorge, Leipzig, Verlag Leopold Voß, 1926.

Derselbe: Die Verminderung des Krüppeltums durch Vorbeugung. Vortrag auf dem XVIII. Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft in Magdeburg 1923. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, Bd. 16, Heft 3—8, 1923, S. 19.

Derselbe: Der sozialbiologische Einheitsgedanke in der Orthopädie. Vortrag auf dem XIX. Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft 1924. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, Bd. 17, Heft 10—12, 1924, S. 145.

Brandes, M.: Ueber das Arbeiten behandelter und schulentlassener Krüppel. Ebenda, Bd. 18, Heft 9—10, 1925, S. 147.

Eckhardt, H.: Ein Rundgang durch die Gesolei. Ebenda, Bd. 19, Heft 7—8, 1926, S. 97.

Elster, A.: Sozialbiologie. Bevölkerungswissenschaft und Gesellschaftshygiene, Berlin und Leipzig, Verlag Walter de Gruyter & Co., 1923.

Erhard: Ueber Heimweh, Simulation und Hysterie. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, Bd. 15, Heft 7—8, 1922, S. 78.

Gau: Der Krüppelsieche. Ebenda, Bd. 19, Heft 11—12, 1926, S. 348.

Gumpert, M.: Entstellungsbekämpfung. Die Medizinische Welt, Nr. 42, Berlin, Nornenverlag, 1928, S. 1573.

Gruhl, M.: Arbeitsbeschaffung für Krüppel. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, Bd. 15, Heft 7—8, 1922, S. 84.

Derselbe: Das Krüppelkind in der Familie und in der öffentlichen Schule. Ebenda, Bd. 17, Heft 6—9, 1924, S. 94.

Jaschke: Die ambulante Krüppelschule und die Bedeutung ihres Zusammenhanges mit der Anstaltsschule. Ebenda, Bd. 13, Heft 8, 1920, S. 150.

Derselbe: Sind Ambulanz-Krüppelschulen in größerem Umfang einzurichten oder nicht? Ebenda, Bd. 17, Heft 6—9, 1924, S. 95.

Kahle, M.: Die Krüppelfürsorge im Rahmen der sozialen Fürsorgearbeit der Kommunen. Ebenda, Bd. 18, Heft 3—4, 1925, S. 33.

Köhler, F.: Allgemeine Volksschule oder Krüppelschule. Ebenda, Bd. 19, Heft 1—2, 1926, S. 13.

Landwehr: Ueber das Verhältnis der Kommune zur Krüppelfürsorge. Ebenda, Bd. 19, Ergänzungsheft, 1926, S. 214.

Malikowski, F.: Krüppelpädagogische Bemerkungen. Ebenda, Bd. 15, Heft 1—2, 1922, S. 3.

Marx: Erwerbsbeschränktenfürsorge unter besonderer Berücksichtigung der erwerbsbeschränkten Krüppel. Ebenda, Bd. 19, Ergänzungsheft, 1926, S. 250.

Michel, O.: Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krüppelfürsorge. Ebenda, Bd. 21, Heft 11—12, 1928, S. 435.

Derselbe: Arbeitsfürsorge. Ebenda, Bd. 21, Heft 3, 4, 5, 6, 7 und 8, 1928, S. 41.

Müller-Voigt: Was lehren uns die bisherigen Erfahrungen in der Krüppelfürsorge für die Zukunft? Ebenda, Bd. 18, Heft 9—10, 1925, S. 151.

Neumann: Benutzung der Kriegsverletztenfürsorge für Krüppel. Ebenda, Bd. 15, Heft 7—8, 1922, S. 87.

Papke: Die deutsche Jugendkrüppelfürsorge in sozialethischer und sozialökonomischer Beleuchtung. Dissertation.

Derselbe: Sozialökonomie und deutsche Jugendkrüppelfürsorge. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, Bd. 19, Ergänzungsheft, 1926, S. 263.

Polligkeit, W.: Die Finanzierung der Krüppelfürsorge aus öffentlichen Mitteln auf Grund der bestehenden Gesetzgebung. Ebenda, Bd. 19, Ergänzungsheft, 1926, S. 203.

Radl, in der Generaldiskussion über die Vorträge auf dem X. Kongreß der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge in Braunschweig. Ebenda, Bd. 21, Ergänzungsheft, 1928, S. 280.

Rosenfeld: Die Kostenfrage in der Krüppelfürsorge. Ebenda, Bd. 4, Heft 4, 1911.

Rott, F.: Die letzte Aufgabe der Krüppelfürsorge: Die Verhütung der Verkrüppelung. (Ein Beitrag zur Frage der Stellung der Krüppelfürsorge im System der Gesundheitsfürsorge.) Ebenda, Bd. 21, Heft 11—12, 1928, S. 456.

Schasse, W.: Ambulante Krüppelfürsorge als Aufgabe der Bezirksfürsorgeverbände. Ebenda, Bd. 18, Heft 3—4, 1925, S. 39.

Schede: Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung aus sozialen und äußeren Gründen. Ebenda, Bd. 21, Ergänzungsheft, 1928, S. 265.

Derselbe: Die Krüppelfürsorge als wirtschaftliche Sparmaßnahme. Vortrag in Bautzen, Blätter für Wohlfahrtspflege, Jg. 6, Heft 7, Verlag B. G. Teubner, Dresden, S. 204.

Schlee: Die Bedeutung der Krüppelheime für den Aufbau einer modernen individuellen Arbeitsvermittlung für Gliederbehinderte jeder Art. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, Bd. 21, Heft 11—12, 1928, S. 463.

Schrader: Ist es ratsam, Krüppelkinder zur Abkürzung der Behandlungszeit aus der Klinik zu beurlauben? Ebenda, Bd. 22, Heft 7—8, 1929, S. 165.

Schulze-Gocht: Läßt sich das Wort Krüppel ersetzen? Ebenda, Bd. 19, Ergänzungsheft, 1926, S. 280.

Schwarz, K.: Literatur zum neuen Preußischen Krüppelfürsorgegesetz. Ebenda, Bd. 14, Heft 1—2, 1921, S. 14.

Simon: Krüppelfürsorge. Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. IV, Berlin, Verlag J. Springer, 1927, S. 568.

Spitzy, H.: Die Zusammenarbeit von orthopädischer Behandlung, Erziehung und Schule (Schaffung orthopädischer Zentralstellen). Zeitschr. f. Krüppelfürsorge, Bd. 21, Heft 11—12, 1928, S. 473.

Taute, M.: Staat und Krüppelfürsorge. Ebenda, Bd. 21, Heft 11—12, 1928, S. 396.

Ulbrich, M.: Die Rentabilität richtiger Anormalenfürsorge. Ebenda, Bd. 14, Heft 3—4, 1921, S. 26.

Vietor: Fürsorge für sieche Krüppel. Ebenda, Bd. 19, Ergänzungsheft, 1926, S. 276.

Derselbe: Krüppelfürsorge und die gesetzlichen Verordnungen, unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Berufseinschulung Verkrüppelter. Ebenda, Bd. 20, Heft 11—12, 1927, S. 206.

Wölz, O.: Verordnung über die Fürsorgepflicht in ihrer Auswirkung auf die Krüppelfürsorge. Ebenda, Bd. 17, Heft 6—9, 1924, S. 129.

Würtz, H.: Krüppelseelenkundliche Erziehung. Ebenda, Bd. 12 und 13, 1919 und 1920.

Derselbe: Sondererziehungszwang oder Sondererziehungspflicht. Ebenda, Bd. 14, Heft 1—2, 1921, S. 19.

Lebenslauf.

Am 9. April 1907 bin ich, Nelly Hedwig Blau, Tochter des verstorbenen Arztes Dr. med. Hugo Blau, zu Stuttgart geboren. Von meinem 6. bis 12. Lebensjahr besuchte ich die Rothertsche Mädchenschule, anschließend bis zu meinem 18. Lebensjahr das Charlotte-Gymnasium zu Stuttgart, wo ich im Frühjahr 1925 die Reifeprüfung bestand. Hierauf besuchte ich die Universität Heidelberg, wo ich als Studierende der Medizin immatrikuliert wurde. Dort bestand ich zum Frühjahrstermin 1927 die ärztliche Vorprüfung. Meine klinischen Studiensemester vom Sommer 1927 bis Frühjahr 1930 verbrachte ich an der Universität Bonn und legte im Sommerhalbjahr 1930 das medizinische Staatsexamen daselbst ab.

Nelly Blau.

Lebenslauf.

Am 9. April 1907 bin ich, Nelly Hedwig Blau, Tochter des verstorbenen Arztes Dr. med. Hugo Blau, zu Stuttgart geboren. Von meinem 6. bis 12. Lebensjahr besuchte ich die Rothertsche Mädchenschule, anschließend bis zu meinem 18. Lebensjahr das Charlotte-Gymnasium zu Stuttgart, wo ich im Frühjahr 1925 die Reifeprüfung bestand. Hierauf besuchte ich die Universität Heidelberg, wo ich als Studierende der Medizin immatrikuliert wurde. Dort bestand ich zum Frühjahrstermin 1927 die ärztliche Vorprüfung. Meine klinischen Studiensemester vom Sommer 1927 bis Frühjahr 1930 verbrachte ich an der Universität Bonn und legte im Sommerhalbjahr 1930 das medizinische Staatsexamen daselbst ab.

Nelly Blau.